**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELA BIGUETTI MARTINS LOPES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DE
INCONTINÊNCIA URINÁRIA AUTORREFERIDA NO
PÓS-PARTO.**

**SÃO PAULO
2010**

DANIELA BIGUETTI MARTINS LOPES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DE
INCONTINÊNCIA URINÁRIA AUTORREFERIDA NO
PÓS-PARTO.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração:
Cuidado em Saúde.

Orientadora:
Profa. Dra. Neide de Souza Praça

**SÃO PAULO
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lopes, Daniela Bigueti Martins.

Prevalência e fatores associados de incontinência urinária
autorreferida no pós-parto / Daniela Bigueti Martins Lopes. – São
Paulo, 2010.

100 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Neide de Souza Praça.

1. Incontinência urinária (prevalência) 2. Enfermagem obstétrica 3. Saúde da mulher I. Título.

Nome: Daniela Bigueti Martins Lopes

Título: Prevalência e fatores associados de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof.Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação ao meus pais, Antonio e Elza,
com muito amor e carinho. Tudo que sou
devo a vocês, que Deus os abençoe.*

*Em especial ao Fabrício com todo meu amor,
pelo apoio, confiança e incentivo
aos meus estudos.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por iluminar nossos caminhos.

À Professora Doutora Neide de Souza Praça pela confiança, apoio e orientação neste trabalho.

Às minhas irmãs Andréa e Mariana, pelas constantes orações, pelo incentivo e compreensão em todos os momentos.

Às Professoras Doutoradas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP Amélia Fumiko Kimura, Emília Saito, Isabel Cristina Bonadio, Luiza Akiko Komura Hoga, Maria Alice Tsunechiro, Miriam Aparecida Barbosa Merighi, Neide de Souza Praça, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira; à Professora Doutora Vilanice Alves de Araujo Puschel do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica e à Professora Doutora Carmen Simone Grilo Diniz do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública - USP pelo conhecimento compartilhado, pelo respeito, receptividade e dedicação nas disciplinas ministradas.

As Professoras Doutora Isilia Aparecida Silva e Professora Doutora Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À FAPESP e à CAPES pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

A companheira Claudia Correa por compartilhar as alegrias e os momentos difíceis, e aos amigos e colegas de Curso pela força e vibração durante esta jornada.

A Camilla Alexsandra Schneck, pela amizade e estímulo para o desenvolvimento da minha formação profissional.

À Doutora Ana Silvia W. Dalmaso, assistente de direção do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, pela colaboração e por autorizar a realização da coleta de dados deste trabalho.

À Enfermeira Reneide Rodrigues Ramos, pela atenção e informação prestadas durante o período da coleta de dados.

A toda equipe do setor de Pediatria do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, pela ajuda e agradável convivência durante o período da coleta de dados.

Aos Médicos Paulo Margarido e Simone Brandão, do Serviço de ginecologia do Hospital Universitário, pelo empenho e apoio ao processo para encaminhamento das mulheres com queixa persistente de perda involuntária de urina para avaliação médica.

À Fisioterapeuta Anice de Campos Pássaro pelas contribuições na elaboração das orientações sobre prevenção de perda involuntária de urina.

Ao Professor Doutor Luis Carlos Ferreira de Almeida, pela assessoria estatística.

Ao Professor Mestre Givan José Ferreira dos Santos pela correção da língua portuguesa.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

E meu especial agradecimento às mulheres que participaram desta pesquisa, pois sem elas não seria possível realizar este estudo.

Lopes DBM. Prevalência e fatores associados de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. [dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é definida como “toda perda involuntária de urina”, sendo um problema social e de higiene. No Brasil, é incipiente a produção bibliográfica sobre incontinência urinária no pós-parto. Trata-se de uma morbidade pouco explorada pelo profissional de saúde, o que dificulta a identificação da mulher que apresenta a intercorrência. O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e relacionar os fatores associados. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal sobre os fatores relacionados à incontinência urinária autorreferida no pós-parto, realizado no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, localizado na região oeste do município de São Paulo. A população foi constituída por 288 mulheres com 30 dias a seis meses de pós-parto, entrevistadas no período de janeiro a agosto de 2009. Os resultados indicaram prevalência de 24,6% de perda involuntária de urina autorreferida no pós-parto. A idade das mulheres variou de 18 a 45 anos. Quanto às características sociodemográficas, apenas a cor da pele apresentou diferença estatística significativa ($p\text{-valor}=0,0043$), com maior representatividade em mulheres brancas. Dentre as 71 entrevistadas que referiram IU no pós-parto, a maioria era primípara e se submeteu a parto normal. Não houve diferença estatística significativa entre a paridade e o tipo de parto e a ocorrência de IU. O ganho de peso e a ocorrência de infecção urinária durante a gestação, o uso e o tipo de anestesia, o uso de ocitocina, o tempo de trabalho de parto, a situação do períneo e o peso do recém-nascido ao nascer não apresentaram diferença estatística significativa com a ocorrência de IU no pós-parto. Quanto às características das perdas, 44 mulheres (62%) referiram incontinência aos esforços, 14 (19,7%) citaram IU de urgência e 13 (18,3%) apontaram IU mista; em 53 mulheres (74,7%) a severidade foi classificada como incontinência moderada. Verificou-se que para 20 mulheres (28,2%) a morbidade interferia nas atividades diárias; enquanto que 10 (14,1%) comunicaram a intercorrência ao profissional de saúde; e 96,2% (277 em 288) não receberam qualquer orientação sobre o preparo do períneo, fator apontado pelas entrevistadas como uma das causas desencadeantes da IU. Os achados deste estudo nos permitem concluir que a ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto associa-se à cor da pele; com predominância de incontinência urinária em primíparas em comparação às não-primíparas. Identificar os fatores associados à incontinência urinária em mulheres no pós-parto e sua prevalência contribui no planejamento de atenção de enfermagem obstétrica à mulher que vivencia o período reprodutivo.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica, Incontinência Urinária, Saúde da Mulher

Lopes DBM. Prevalence and associated factors of urinary incontinence self-reported in the postpartum period. [dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of São Paulo, 2010.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is defined as “any involuntary loss of urine”, being a social and hygiene problem. In Brazil, the literature about the urinary incontinence after childbirth is incipient. UI is a morbid little explored by health professionals, making it difficult to identify the woman who has a complication. The aim of this study was to assess the prevalence of urinary incontinence self-reported in the postpartum period and to relate the associated factors. This is an epidemiologic and cross-sectional study about the factors related to urinary incontinence self-reported in the postpartum period, held at the Health Center School Samuel Barnsley Pessoa located in the western region of São Paulo. The population consisted of 288 women with 30 days to six months in the postpartum period. They were interviewed from January to August 2009. The results showed that 24,6% was the prevalence of involuntary loss of urine self-reported in the postpartum period. The women ranged from 18 to 45 years old. The sociodemographic characteristics showed that only the color of the skin was statistically significant ($p\text{-value} = 0.0043$); women with white skin had greater representation. Among the 71 women who reported UI in the postpartum period, the primiparous were majority and underwent vaginal delivery. There was no statistically significant difference between parity and kind of the delivery and the occurrence of UI. The weight gain and urinary tract infection during pregnancy, the use and the type of anesthesia, the use of oxytocin, the duration of the labor, the episiotomy or the integrity of the perineum and the weight of the newborn at birth showed no statistically significant difference in the occurrence of UI in the postpartum period. Regarding the characteristics of losses, 44 women (62%) had incontinence when exercising, 14 (19.7%) reported urgency UI and 13 (18.3%) had mixed incontinence; to 53 (74.7%) women, the severity of the incontinence was classified as moderate. It was found that to 20 women (28.2%) the morbidity interfered on their daily activities, while 10 (14.1%) reported the complications to the health professional; and 96.2% (277 of 288) of women did not receive any guidance on the preparation of the perineum, reason given by them as one of the contributory causes of UI. Our findings allow us to conclude that the occurrence of urinary incontinence self-reported in the postpartum period is associated with skin color and that there is a prevalence of urinary incontinence in primiparous compared to multiparous. Identify factors associated with urinary incontinence in women after childbirth and its prevalence contribute to the planning of obstetric nursing care to women on the reproductive period.

Keywords: Obstetric Nursing, Urinary Incontinence, Women's Health

Lopes DBM. Prevalencia y factores asociados de la incontinencia urinaria después del parto auto referida. [disertación]. São Paulo (SP), Brasil: Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, 2010.

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) se define como “cualquier pérdida involuntaria de orina”, siendo un problema social y de higiene. En Brasil, la producción de la literatura sobre la incontinencia urinaria después del parto es incipiente. También es poco explorado por los profesionales de la salud, lo que hace difícil identificar a la mujer que tiene IU. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de la incontinencia urinaria después del parto auto referida y relacionar los factores asociados. Este es un estudio epidemiológico, transversal sobre factores de la sección relacionada con la incontinencia urinaria después del parto auto referida, celebrada en el Centro de Salud Escuela Samuel Barnsley Pessoa situado en la región oeste de São Paulo. La población consistió en 288 mujeres con 30 días a seis meses de postparto; fueron entrevistadas entre enero y agosto de 2009. Los resultados indicaron una prevalencia de 24,6% de la pérdida involuntaria de orina después del parto auto referida. Las mujeres osciló entre 18 y 45 años. Entre las características sociodemográficas, sólo el color de la piel mostró diferencia estadísticamente significativa (p -valor = 0,0043), con una mayor representación entre las mujeres blancas. Entre las 71 mujeres que informaron IU en el período posparto, la mayoría eran primíparas y se sometieron a parto vaginal. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la paridad y el tipo de parto y la aparición de la IU. El aumento de peso e infecciones del tracto urinario durante el embarazo, el uso y tipo de anestesia, el uso de oxitocina, la duración del trabajo, la ubicación del perineo y el peso del recién nacido al nacer no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de IU en el período posparto. En cuanto a las características de las pérdidas, 44 mujeres (62%) reportaron incontinencia en el ejercicio, 14 (19,7%) informaron IU de urgencia y 13 (18,3%) tenían incontinencia mixta; en 53 mujeres (74,7%), la gravedad se clasificó como incontinencia moderada. Se encontró que 20 mujeres (28,2%) informaron que la morbilidad interfirió con las actividades diarias, mientras que 10 (14,1%) reportaron complicaciones para el profesional de la salud; y 96,2% (277 de 288) de las mujeres no recibieran orientación sobre la preparación del perineo, la razón dada por ellos como una de las causas que contribuyen a la IU. Nuestros resultados nos permiten concluir que la aparición de la incontinencia urinaria después del parto auto referida se asocia con el color de la piel; con prevalencia de la incontinencia urinaria en las primíparas en comparación con las multiparas. Identificar los factores asociados con la incontinencia urinaria en las mujeres después del parto y su prevalencia contribuye a la planificación de los cuidados de enfermería obstétrica a las mujeres que experimentan el período reproductivo.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica, Incontinencia Urinaria, Salud de la Mujer

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Balança Adulto.....	31
Figura 2.	Balança Digital Portátil.....	32
Figura 3.	Fita Métrica fixada à parede.....	32
Figura 4.	Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.....	41
Figura 5.	Período em que ocorreu a infecção urinária, segundo presença ou ausência de incontinência urinária no pós-parto. São Paulo - 2009.....	51
Figura 6.	Severidade da perda involuntária de urina no pós-parto. São Paulo – 2009.	60
Figura 7.	Causas desencadeantes da perda involuntária de urina referida pela mulher. São Paulo – 2009.	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Período de pós-parto da amostra no momento da entrevista, conforme ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.	42
Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e antropométricas da amostra, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.	43
Tabela 3. Distribuição da média, mediana, desvio padrão, números mínimos e máximos para idade, peso, altura e IMC, segundo ocorrência de IU autorreferida no pós-parto. São Paulo - 2009.	47
Tabela 4. Dados da história obstétrica, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.	48
Tabela 5. Variáveis referentes à última gravidez, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.	49
Tabela 6. Variáveis referentes ao último parto, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.	52
Tabela 7. Distribuição da média, mediana, desvio padrão, números mínimos e máximos para nº de gestação, paridade, ganho de peso materno e peso do RN ao nascer, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo - 2009.	55
Tabela 8. Ocorrência de cirurgias prévias à última gestação, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.	56
Tabela 9. Distribuição de cirurgias prévias à última gestação, por região do corpo, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.	57
Tabela 10. Variáveis referentes às características da incontinência urinária autorreferida, segundo a paridade. São Paulo – 2009.	58
Tabela 11. Reflexos da incontinência urinária autorreferida no cotidiano da amostra, segundo a paridade. São Paulo – 2009.	60

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AP	-	Assoalho Pélvico
CPN	-	Centro de Parto Normal
CSE	-	Centro de Saúde Escola
CSEB	-	Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (Butantã)
dp	-	Desvio Padrão
EE	-	Escola de Enfermagem
FMP	-	Força Muscular Perineal
HU	-	Hospital Universitário
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF	-	Incontinência Fecal
IU	-	Incontinência Urinária
IUE	-	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	-	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	-	Incontinência Urinária Mista
IMC	-	Índice de Massa Corporal
Kg	-	Quilograma
m	-	Metro
MMII	-	Membros Inferiores
MS	-	Ministério da Saúde
MTE	-	Ministério do Trabalho e Emprego
n	-	Número
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SP	-	São Paulo
USP	-	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

<i>1</i>	<i>APRESENTAÇÃO</i>	16
<i>2</i>	<i>INTRODUÇÃO</i>	17
2.1	ANATOMIA DO SISTEMA GENITAL FEMININO E DO ASSOALHO PÉLVICO	19
2.2	OCORRÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO	22
<i>3</i>	<i>OBJETIVOS</i>	28
3.1	GERAL	28
3.2	ESPECÍFICOS	28
<i>4</i>	<i>MÉTODO</i>	29
4.1	TIPO DE ESTUDO	29
4.2	LOCAL	29
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
4.4	COLETA DE DADOS	31
4.5	INSTRUMENTO	33
4.6	TRATAMENTO DOS DADOS	36
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	37
4.8	ESTUDO PILOTO	38
<i>5</i>	<i>RESULTADOS</i>	41
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	42
5.2	DADOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS	48
5.3	DADOS PERTINENTES À INCONTINÊNCIA URINÁRIA	57
<i>6</i>	<i>DISCUSSÃO</i>	63
<i>7</i>	<i>PESQUISA E ASSISTÊNCIA: UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL</i>	78
<i>8</i>	<i>CONCLUSÕES</i>	80
<i>9</i>	<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	83

<i>10</i>	<i>REFERÊNCIAS</i>	85
<i>11</i>	<i>APÊNDICES</i>	91
11.1	APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados.....	91
11.2	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
11.3	APÊNDICE C - Relatório da pesquisa: “Prevalência de incontinência urinária no pós-parto”	95
11.4	APÊNDICE D - Tipo de ocupação exercida pelas entrevistadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego. São Paulo – 2009.....	96
11.5	APÊNDICE E – Solicitação de autorização para encaminhamento. São Paulo – 2009.....	98
<i>12</i>	<i>ANEXOS</i>	99
12.1	Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	99
12.2	Anexo B – Autorização para realização da pesquisa.	100

1 APRESENTAÇÃO

O período puerperal é caracterizado por inúmeras mudanças, adaptações e turbulências físicas, psicológicas e emocionais, e quando somado à perda involuntária de urina, a situação pode se tornar uma experiência negativa em relação à maternidade.

No Brasil, é inexpressiva a produção bibliográfica sobre incontinência urinária no pós-parto. Trata-se de uma morbidade pouco explorada pelo profissional de saúde, o que dificulta a identificação da mulher que apresenta a intercorrência. Diante do incômodo, a mulher pode sentir-se constrangida e não discorrer sobre sua condição nem mesmo com o profissional de saúde que a atende.

A literatura aponta fatores ligados à condução do trabalho de parto e do parto como intervenientes de alterações no trato urinário e no assoalho pélvico da mulher. O peso do recém-nascido e outros fatores ginecológicos e de estrutura do organismo feminino também são apontados como causas que podem gerar a incontinência urinária. Por outro lado, estudos verificaram que os sintomas surgem com maior frequência até os seis meses de pós-parto.

Diante dessa situação, este estudo pretende verificar a prevalência da incontinência urinária autorreferida no pós-parto de mulheres atendidas em unidade de saúde de uma região específica do município de São Paulo. Com os resultados espera-se dispor de dados que possibilitem caracterizar os fatores que se associam à incontinência urinária no pós-parto, o que contribuirá para o planejamento da assistência obstétrica e de enfermagem à mulher com implementação de intervenções para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento desta morbidade.

2 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é uma condição que afeta a população mundial, principalmente a feminina. Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram algum episódio de incontinência urinária, entre os quais, 11 milhões (85%) são mulheres. De acordo com a literatura, a experiência com episódios de perda urinária é uma condição que prevalece em mulheres idosas, mas também está presente em mulheres jovens e na meia-idade. As intercorrências urinárias não são consequências naturais da idade, nem são problema exclusivo do envelhecimento (United States of America, 1996). Dados sobre a prevalência são variáveis, mas estima-se que a IU, independente da sua causa, afeta a vida psicológica, social, física e sexual de 15% a 30% das mulheres (Guarda et al., 2007).

A incontinência pode ser causada por anormalidades da bexiga, por doenças neurológicas ou por alterações da força da musculatura pélvica. Esse sinal comum pode ser transitório ou permanente e envolve grandes volumes de urina ou gotejamento mínimo (Baikie, 2006). Dentre as inúmeras causas da incontinência urinária, a de maior prevalência é resultado da fraqueza da musculatura do suporte pélvico, que pode estar relacionada à mudança evolutiva da espécie da posição horizontal para vertical, onde a bexiga deixa de ser suportada pela sínfese púbica e passa a sofrer ação da gravidade (Guarda et al., 2007).

Até 1998 a incontinência urinária era apenas um sintoma (Higa, Lopes e Reis, 2008). Após aquele ano, passou a ser considerada como doença, pela Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS). Atualmente, a Sociedade Internacional de Continência (ICS) define o termo incontinência urinária como sendo toda perda involuntária de urina, sendo um problema social e de higiene.

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (2006), a anamnese sobre incontinência urinária deve trazer aspectos relativos ao início dos sintomas, à frequência, à gravidade e ao impacto na qualidade de vida.

Toda disfunção está relacionada a defeitos anatômicos, este é um tradicional conceito em medicina (Oliveira et al., 2007). Fato que levou à elaboração de várias teorias, nas quais as alterações morfológicas seriam fatores causais da incontinência

urinária. Com o objetivo de identificar os principais fatores de risco de incontinência urinária na mulher, Higa, Lopes e Reis (2008) analisaram 38 artigos que referiam fatores associados ou de risco para incontinência urinária nesse segmento. A revisão bibliográfica mostrou que os principais fatores de risco eram: idade entre 35-81 anos, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça (negra, hispânica e branca), menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de alguns simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios direcionados à região abdominal. A literatura apontou vários fatores de risco para incontinência urinária na mulher, entretanto os resultados dos estudos foram por vezes contraditórios, indicando que, de acordo com a metodologia adotada, poderão ser identificados diferentes fatores associados.

D'Ancona (2001) relata que a prevalência da incontinência urinária aumenta de acordo com vários fatores, como o aumento do peso, a histerectomia, a doença respiratória crônica e a paridade. Muitas mulheres no período reprodutivo podem apresentar incontinência urinária, porém boa parte delas não procura atendimento médico por achar que o desconforto desaparecerá com o tempo ou por considerá-lo comum com o evoluir da idade. Há que se considerar que existem situações transitórias ou definitivas que podem levar à incontinência urinária, sendo que as transitórias são responsáveis por 50% dos casos (Palma e Riccetto, 1999).

Dentre as situações transitórias, a gravidez e a via de parto são considerados fatores de risco para a alteração da força muscular do assoalho pélvico. O incremento do peso corporal materno e o peso do útero gravídico aumentam a pressão sobre a musculatura do assoalho pélvico (AP) na gestação. O aumento do índice de massa corpórea (IMC) na gravidez, a multiparidade, o parto vaginal, o tempo prolongado do segundo período do parto e a episiotomia são fatores que diminuem a força dos músculos do assoalho pélvico, favorecendo a incontinência urinária (Meyer et al, 1998).

Durante a gestação, no trabalho de parto e no parto ocorrem mudanças na posição anatômica da pelve, na forma da musculatura pélvica, nas vísceras e no períneo. Essas alterações podem ser explicadas pela deficiência do assoalho pélvico durante a gestação e o parto, pois a sobrecarga do períneo causa neuropatia do pudendo. Os processos fisiológicos sequenciais nestes períodos podem lesar o suporte pélvico, o corpo perineal e o esfíncter anal, tornando-se fatores

determinantes, a longo prazo, para o surgimento das perdas urinárias (Meyer et al., 1998).

Estudo de coorte com 759 primíparas, seis meses após o parto, realizado com o objetivo de examinar o impacto da incontinência urinária (IU) e fecal (IF) no pós-parto, isoladamente ou em combinação, avaliou a qualidade de vida das mulheres americanas. Os resultados mostraram que 479 (63,1%) mulheres apresentaram incontinência urinária e fecal, e 189 (24,9%) apresentaram apenas incontinência urinária. Verificou-se também que incontinência urinária e fecal têm importantes efeitos negativos relacionados à qualidade de vida e que, quando combinadas demonstraram maior impacto negativo do que qualquer incontinência avaliada individualmente (Handa et al., 2007).

Estes estudos mostram que, embora a incontinência urinária não coloque diretamente em risco a vida da mulher, é uma condição que causa grande impacto psicossocial, afetando significativamente sua qualidade de vida. A gestação, fase caracterizada por alterações hormonais necessárias às adaptações físicas próprias do período, pode gerar sensações de desconforto para a gestante, com perda de urina, que pode persistir após o parto.

2.1 ANATOMIA DO SISTEMA GENITAL FEMININO E DO ASSOALHO PÉLVICO

O conhecimento da anatomia do trato urinário inferior e do assoalho pélvico feminino é fundamental para o entendimento da fisiopatologia da incontinência urinária e outros distúrbios urinários.

O sistema genital feminino é dividido em genitália externa e interna. A genitália feminina externa ou vulva pode ser estudada em conjunto com o períneo e inclui as seguintes estruturas: monte de Vênus; pregas tegumentárias (grandes e pequenos lábios); espaço interlabial (vestíbulo, meato uretral, intróito vaginal e hime); órgãos eréteis (clitóris e os bulbovestibulares, e as glândulas acessórias (parauretrais e vulvovaginais). A genitália feminina interna se compõe de um longo canal que se estende da superfície externa do corpo até a cavidade perineal: vagina, útero, trompas de Falópio e os ovários (Rezende e Montenegro, 2006).

O períneo, conjunto de partes moles (músculos e aponeuroses) que fecha inferiormente a cavidade da pelve, classifica-se em anterior (ou genital) e posterior (ou retal), limitados pelo traçado da linha bisquiática. O períneo é composto pelos seguintes músculos: Músculos do diafragma ou assoalho pélvico – elevador ou levantador do ânus e o coccígeo; Músculos do períneo anterior – superficiais: transverso superficial, isquiocavernoso e bulbocavernoso, e os profundos: transverso profundo e esfíncter externo da uretra; Músculo do períneo posterior: esfíncter externo do ânus (Rezende e Montenegro, 2006; Bastos e Borges, 2006).

O sistema aponeurótico é complexo, sendo divididos em três planos: aponeurose perineal superficial – cobre os músculos superficiais; aponeurose perineal média ou diafragma urogenital – dois folhetos aponeuróticos que englobam os músculos profundos do períneo anterior atravessados pela vagina e pela uretra; aponeurose perineal profunda ou endopelviana – recobre internamente o assoalho pélvico, a bexiga, o útero, a vagina e o reto (Rezende e Montenegro, 2006).

O assoalho pélvico fornece suporte para os órgãos pélvicos (evitando o aparecimento das distopias genitais) e mantém a continência urinária. Para o bom desempenho destas funções, é crucial a manutenção da integridade de seus músculos, tecido conectivo e inervação (Baessler e Schuessler, 2003).

O músculo que se destaca no assoalho pélvico é o levantador do ânus, que é um músculo estriado esquelético, formado por dois tipos de fibras: 70% do tipo I (contração lenta), responsável pela manutenção do tônus, e 30% do tipo II (contração rápida), responsável pelo reflexo de contração em resposta ao aumento da pressão intra-abdominal. Os feixes pubo-coccígeos deste músculo delimitam a fenda urogenital e contribuem para o mecanismo de contensão da base da bexiga e do colo vesical (Borges, 2006). Oliveira et al. (2007) relatam que, de acordo com a teoria integral da incontinência urinária feminina, o músculo levantador do ânus contribui de forma substancial para a manutenção da continência urinária e, portanto, a incontinência urinária em algumas mulheres pode ser secundária a lesões neste músculo por diferentes razões como, à frouxidão da vagina e de seus ligamentos de suporte, resultado da alteração do tecido conectivo. Assim, a abertura e o fechamento da uretra e do colo vesical são regulados por forças que exercem tensão na vagina.

O trato urinário inferior é composto pela uretra, pelo colo vesical e pela bexiga. A bexiga comporta-se como uma esfera oca que se enche passivamente, sem

apresentar grande aumento em sua pressão interna. Em contrapartida, a uretra permanece oclusa durante esta fase de enchimento. Quando a bexiga se encontra cheia, surge a vontade de urinar, por estímulos provindos dos hemisférios cerebrais. É a fase voluntária da micção na qual se processa o relaxamento do assoalho pélvico. A capacidade da mulher de manter-se continente depende da combinação das funções normais do colo vesical, da uretra e do assoalho pélvico (Borges, 2006). A eliminação da urina é controlada por contração do esfíncter uretral externo. Este músculo, controlado voluntariamente, é enervado pelos nervos da região sacra da medula e, quando há desejo de urinar, o esfíncter uretral externo se relaxa, e o músculo detrusor (músculo liso vesical) se contrai e expela a urina da bexiga através da uretra (Smeltzer e Bare, 2000).

A perda involuntária de urina pela uretra, quando a pressão vesical excede a uretral máxima na ausência de atividade do músculo detrusor, define a forma mais prevalente de incontinência, ou seja, a incontinência urinária de esforço. Desta maneira, para que exista continência urinária, a pressão uretral deve ser maior que a vesical, no repouso e no esforço, sendo seu decréscimo um dos principais fatores envolvidos na gênese da incontinência urinária de esforço (Elbadawi, 1996).

O detrusor se hipertrofia pelo estímulo estrogênico, porém torna-se hipotônico pela ação progestacional, o que ocasiona aumento da capacidade vesical. Entretanto, na gestação, com o crescimento e a compressão exercida pelo feto, há diminuição da capacidade vesical ao longo do período, que pode ser responsável pelo maior número de micções no último trimestre (Neme, 2000).

A saúde dos músculos pélvicos é fundamental para manter a integridade e o bom funcionamento da vagina e da uretra e a posição dos órgãos dentro da pélvis. Os músculos pélvicos controlam o fluxo de urina, a contração da vagina e o bom fechamento do ânus. Tanto a uretra quanto o ânus têm um esfíncter que garantem a retenção da urina e de fezes. O assoalho pélvico é composto de várias camadas de músculos suspensos como uma “rede” pendurada em dois pontos, na frente e atrás da pélvis. Um assoalho pélvico saudável tem bom tônus e elasticidade. Entretanto a idade, a falta de exercícios em geral e mesmo a gravidez e o parto, seja ele vaginal ou cesariana, enfraquecem estes músculos (Diniz, 2003).

2.2 OCORRÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO

A gravidez, o trabalho de parto, o parto propriamente dito e o puerpério provocam muitas mudanças no trato genital e urinário. Vimos que fatores mecânicos e hormonais propiciam aumento dos sintomas urinários durante a gravidez, em particular elevando a frequência miccional e agravando a urge-incontinência e a incontinência aos esforços pré-existentes. Alguns autores demonstraram índices de incontinência urinária em mulheres gestantes previamente continentas de até 74% (Hvidman et al., 2003; Raza-Khan et al., 2006; Fritel et al., 2007).

De modo geral, existe a concordância da alta incidência de incontinência urinária de esforço durante a gravidez, sendo, porém, a grande maioria dos casos transitória, desaparecendo com o passar do tempo no pós-parto. De acordo com os resultados do estudo realizado nos Estados Unidos, apenas 44% das 80 pacientes com queixas de incontinência urinária durante a gestação mantiveram o quadro após o parto (Raza-Khan et al., 2006).

Estudo realizado na cidade de Assis (SP), entre 2002 e 2003, com o objetivo de analisar a influência da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico, teve a amostra composta por 64 primíparas entre 20 e 30 anos de idade, com gestação de termo. Os sujeitos foram subdivididos em dois grupos de 32 mulheres cada, com parto vaginal e episiotomia, e com cesárea. Os resultados encontrados mostraram que o parto vaginal diminuiu a força muscular do assoalho pélvico e aumentou seu risco relativo de força muscular diminuída do assoalho pélvico, após quatro a seis meses do parto. O mesmo se deu com a cesárea, que não protegeu o assoalho pélvico. Segundo os autores, não foi possível comparar esses resultados com outros estudos, pois todas as mulheres do grupo pós-parto vaginal foram submetidas à episiotomia e as do grupo pós-cesárea entraram em trabalho de parto (Barbosa et al., 2005).

Outro estudo realizado na França comparou o uso restritivo e sistemático de episiotomia em nulíparas. A política e o protocolo do Hospital “A” recomendavam o uso restrito de episiotomia, já no Hospital “B”, o uso de episiotomia era recomendado para todas as nulíparas. A idade média das mulheres para os dois

hospitais foi de 28 anos. No hospital “A” participaram 320 mulheres, sendo que 62% tiveram parto vaginal normal, 31% parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator) e 7% submeteram-se à cesárea. No Hospital “B”, dentre as 307 nulíparas, 50% tiveram parto vaginal normal, 38% parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator) e 12% cesárea. O uso de episiotomia nos hospitais “A” e “B” foi de 49% e 88%, respectivamente, e a presença de incontinência urinária durante a gestação foi, em média, de 22%. Quatro anos após o primeiro parto, não havia diferença na prevalência de incontinência urinária (26% e 32%), respectivamente, entre os dois grupos. Os autores concluíram que o uso rotineiro de episiotomia não protege contra o surgimento de incontinência urinária, nos quatro primeiros anos de pós-parto (Fritel et al., 2007).

Estudo realizado na Dinamarca, em 1998, com o objetivo de analisar o impacto do parto vaginal na ocorrência e na duração da IU no pós-parto, no qual participaram 376 primíparas e multíparas, com idade média de 29 anos (16 – 55 anos), com o último parto realizado no período de 1993-96. A maioria das mulheres (91%) teve parto vaginal, com utilização de vácuo extrator ou fórceps em 7,2% dos partos, e episiotomia realizada em 20,5%, enquanto que 58,5% das mulheres informaram que a região perineal foi suturada, 9% tiveram cesariana. Do total, 16,2% das mulheres tiveram incontinência urinária na fase adulta antes da gravidez e 11,2% durante a gravidez. Na amostra, 88 mulheres (23,4%) apresentaram incontinência urinária seis meses após o parto, com duração média de cinco semanas. A ocorrência de incontinência urinária em mulheres submetidas à cesárea foi relativamente baixa em relação às que tiveram parto normal: 8,8% e 24,9%, respectivamente. Observou-se que o tipo de parto e a ocorrência de incontinência urinária durante a gravidez revelaram alto índice de associação com a incontinência urinária no pós-parto e não foi encontrada associação entre incontinência urinária no pós-parto com a apresentação do feto, o peso do recém-nascido ao nascer e a amamentação (Hvidman et al., 2003).

Com o objetivo de identificar a ocorrência e o risco relativo de incontinência urinária no pós-parto em primíparas, foi realizado estudo, no Canadá, entre 1996 e 1998, no qual participaram 595 primíparas com idade média de 28 anos (15-48 anos), sendo que 147 (25%) tiveram parto cesárea, 333 (56%) parto vaginal espontâneo e 115 (19%) parto vaginal instrumental. Os autores aplicaram um

questionário sobre sintomas urinários, em dois momentos: seis semanas e seis meses após o parto. Completaram o estudo 484 primíparas. Seis meses após o parto, a taxa de incontinência urinária foi de 10% para as mulheres que se submeteram à cesárea, 22% ao parto normal e 33% ao parto fórceps. Com base nesses dados, o risco de ocorrer incontinência urinária nas mulheres que tiveram parto normal foi maior quando comparado à cesárea, porém a ocorrência de incontinência urinária em mulheres que tiveram parto fórceps foi maior quando comparado à cesárea e ao parto normal. Não houve diferença na ocorrência de incontinência urinária nos grupos submetidos à cesárea eletiva ou cesárea realizada após início do trabalho de parto. Não foram encontrados fatores obstétricos que aumentassem o risco de incontinência urinária no pós-parto (Farrell, Allen e Baskett, 2001).

Outro estudo, epidemiológico retrospectivo, realizado na cidade de Ribeirão Preto, SP, em 2005, teve o objetivo de verificar a ocorrência da perda involuntária de urina e os fatores obstétricos relacionados em um grupo de puérperas. Foram estudadas 244 mulheres, sendo que 112 (45,9%) apresentaram perda involuntária de urina em algum momento da vida, e destas, 98 (87,5%) apresentaram no ciclo gravídico-puerperal; 79 (80,6%) tiveram parto normal e 19 (19,4%) foram submetidas à cesariana. Entre as 98 puérperas, 39 (39,8%) eram primíparas e 59 (60,2%) multíparas. A episiotomia foi realizada em 26 mulheres (26,5%); o uso de analgesia ocorreu em 71 (71,4%), a ocitocina foi empregada em 55 (56,1%) e a média do peso do recém-nascido ao nascer foi de 3.381gramas. Segundo a autora, o tamanho reduzido da amostra dificultou realizar associações entre presença do sintoma e fatores obstétricos, impedindo o emprego de testes estatísticos para a confirmação dos resultados obtidos. A mesma sugere a realização de estudos longitudinais por um período de 12 meses a 5 anos (Albrescht, 2006).

Pesquisa realizada na Itália, entre 1999 e 2000, teve o objetivo de avaliar a prevalência de sintomas urinários, a relação entre sintomas urinários e descida vaginal da apresentação fetal, e a associação entre sintomas urinários e fatores obstétricos. Foram avaliadas 537 puérperas, sendo 379 (70,71%) primíparas, das quais 67 (17,58%) tiveram incontinência urinária no pós-parto, e 158 multíparas, destas, 42 (26,58%) apresentaram incontinência urinária no pós-parto. Os resultados mostraram que algumas variáveis maternas e práticas obstétricas estão relacionadas com a prevalência e a incontinência urinária no pós-parto. Nesse estudo, foi

considerada estatisticamente significativa a prevalência de incontinência urinária associada à paridade; a idade materna (>35 anos) associou-se à frequência e não a outros sintomas urinários; o peso materno elevado no início da gravidez correspondeu à maior prevalência de casos de incontinência, e a utilização de vácuo extrator e fórceps no auxílio ao parto vaginal relacionaram-se a sintomas urinários no pós-parto (Pregazzi et al., 2002a).

O questionário MESA (Medical, Epidemiological, and Social Aspects of Aginf) foi empregado em estudo realizado em 2003, nos Estados Unidos, para determinar taxas e severidade de incontinência em uma população obstétrica, em diversas raças, durante a gravidez e o pós-parto. O questionário foi aplicado em dois momentos: no terceiro trimestre da gestação e entre seis e oito semanas de pós-parto. Participaram da amostra 113 mulheres primíparas e multíparas, com idade média de 28 anos (17-41 anos), de diversas etnias (africanas, hispânicas, outras). No terceiro trimestre da gravidez, 74% das mulheres foram categorizadas como incontinentes, enquanto que no pós-parto esta proporção caiu para 44%. Não houve diferença estatística significativa de incontinência no pós-parto entre primíparas (46%) e multíparas (43%), nem nas taxas de incontinência urinária no terceiro trimestre e no pós-parto ou no tipo de incontinência entre as raças. O tipo de parto cesárea (eletiva ou de emergência) não foi diferente entre mulheres continentas e incontinentes no pós-parto. A maioria das mulheres que era incontinente no pós-parto tinha apresentado incontinência urinária no terceiro trimestre da gestação, enquanto que apenas 4% desenvolveram incontinência urinária no pós-parto. Em contradição com os resultados de outros estudos, esse mostra que a taxa de incontinência urinária, durante a gestação, foi mais elevada quando comparada com o período de pós-parto (Raza-Khan et al., 2006).

Frente aos resultados das pesquisas apresentadas, deve-se considerar que a publicação de estudos epidemiológicos relacionados à incontinência urinária no pós-parto carece de uniformidade metodológica, o que dificulta a obtenção de resultados que possam ser reproduzidos em outros estudos. Alguns fatores que influenciam os índices de prevalência da incontinência urinária na mulher fazem com que os resultados não tenham a mesma consistência nos diversos estudos. Estes índices variam de acordo com a metodologia utilizada, incluindo-se as características da população (cor, sexo, faixa etária, peso, atividade profissional, grupos específicos -

primíparas e múltiparas -, presença de incontinência urinária antes ou durante a gravidez, uso rotineiro de episiotomia, parto instrumental, entre outras). O uso de instrumentos não padronizados para a coleta de dados foi outro obstáculo identificado na busca da literatura. Os estudos utilizaram diversos questionários, entrevistas ou relatos de pacientes. No caso de investigações no pós-parto, os períodos de coleta de dados variaram, podendo ser obtidos em dias, semanas, meses, ou anos após o parto. Além das definições distintas, nossa vivência profissional mostra que o preconceito e o desconhecimento sobre a incontinência urinária, aliados à resistência em procurar auxílio de profissionais da saúde, prejudicam o estudo do fenômeno incontinência urinária no pós-parto.

Deve-se ressaltar que o período pós-parto é caracterizado por inúmeras mudanças, adaptações e turbulências, e quando somado à perda involuntária de urina, a situação pode se tornar uma experiência negativa em relação à maternidade. A incontinência urinária, sobretudo, neste período, pode gerar diversas modificações biopsicossociais para quem a refere, e esse é um aspecto importante a ser considerado quando se pensa em conhecer sua prevalência.

Do exposto, considera-se que os estudos não demonstram se constituir em um corpo de conhecimento suficiente para mostrar evidências que apontem a incidência de incontinência urinária no pós-parto associada à paridade, ao tipo de parto, à ocorrência de incontinência urinária durante a gravidez, às práticas obstétricas utilizadas durante o trabalho de parto e o parto, ao trabalho de parto prolongado, entre outros fatores; porém identifica-se nesta morbidade o impacto psicossocial na vida da mulher, afetando sua qualidade de vida.

No Brasil, são inconsistentes os estudos que possibilitem melhor situar a incontinência urinária no contexto do ciclo gravídico-puerperal, portanto, faz-se necessária uma investigação que produza evidências locais sobre a ocorrência desta morbidade, que julgamos ser uma afecção sub-diagnosticada, uma vez que parte das mulheres não relata a perda de urina, por constrangimento ou por qualquer outro motivo.

Com base no exposto, este estudo foi desenhado com a finalidade de identificar a ocorrência de incontinência urinária autorreferida no período pós-parto, para auxiliar na assistência obstétrica e de enfermagem necessárias para intervir nesta morbidade tendo como foco a mulher no período pós-parto. Os objetivos deste

estudo tiveram como norte responder às seguintes questões: após o parto, a curto e médio prazo, a mulher apresenta incontinência urinária? Diante desta intercorrência, a mulher busca avaliação médica? Quais os fatores que concorrem para a incontinência urinária no pós-parto? Para responder a estas questões, traçamos os objetivos apresentados a seguir.

3 *OBJETIVOS*

3.1 GERAL

- Verificar a prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e relacionar os fatores associados.

3.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência de incontinência urinária autorreferida, por mulheres com até seis meses de pós-parto.
- Relacionar a ocorrência de incontinência urinária autorreferida com características sociodemográficas e condições clínico-obstétricas.
- Caracterizar as manifestações da perda involuntária de urina no período pós-parto.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal sobre fatores relacionados à incontinência urinária autorreferida no pós-parto.

4.2 LOCAL

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de pediatria, do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSEB), localizado na região oeste do Município de São Paulo. Trata-se de uma unidade docente-assistencial da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a responsabilidade dos Departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria, Clínica Médica e FOFITO (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional). Desde 1977, o CSEB tem contribuído para o desenvolvimento das práticas de atenção primária à saúde no Brasil, especialmente através de suas atividades de formação e pesquisa em serviço. Sua missão é desenvolver de maneira perfeitamente integrada:

- o ensino de graduandos de medicina, de enfermagem e de fonoaudiologia, médicos residentes e outros profissionais da área da saúde;
- linhas de pesquisas relacionadas aos projetos de ensino e a tecnologias inovadoras em atenção primária à saúde;
- e assistência à saúde de qualidade à população da área de abrangência do Centro de Saúde Escola (CSE), nos campos da promoção da saúde, de prevenção de doenças e no atendimento a agravos¹.

¹ Disponível no site www.fm.usp.br/cseb

A opção pelo local se deu pela possibilidade de contato com mulheres que vivenciam o período de até seis meses de pós-parto, quando comparecem à instituição para seguimento/atendimento do bebê em consultas de puericultura.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por mulheres com 30 dias a seis meses de pós-parto, cujos bebês receberam atendimento na unidade de saúde campo do estudo. Neste caso foi importante determinar o tamanho da amostra, de modo a obter um erro de estimação conhecido, com determinado grau de confiança.

Pela não localização de estudos nacionais sobre a prevalência de incontinência urinária no pós-parto, foi adotada a prevalência de 23,4% identificada no estudo realizado na Dinamarca, com 376 multíparas e primíparas, após seis meses de pós-parto (Hvidman et al., 2003). Essa informação foi utilizada para estimar o tamanho da amostra, dada pela equação (Morettin e Bussab, 2004):

$$n = \frac{\sigma^2 p(1-p)}{\varepsilon^2} \quad (1)$$

na qual:

n = tamanho da amostra

p = estimado de incontinência urinária na população (23,4%)

σ = nível de confiança - 1,96 equivalente a 5% da distribuição t de Student

ε = erro de estimação assumido (0,05)

Como pode ser observado na Equação (1), foi assumido um erro de 5% com probabilidade de 95% de certeza deste erro. Dessa forma, a amostra deste estudo foi estimada preliminarmente em 288 mulheres, considerando as possíveis perdas e para garantir o erro de estimação assumido (0,05).

Posteriormente, com a conclusão do Estudo Piloto, foi mantido o tamanho da amostra previamente estabelecido em 288 sujeitos.

Para inclusão na amostra foram definidos os seguintes **critérios**: estar no período compreendido entre 30 dias e seis meses de pós-parto; ter idade igual ou

superior a 18 anos; não apresentar dificuldades cognitivas que pudessem afetar sua compreensão; e aceitar participar do estudo.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a agosto de 2009. Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista estruturada, após a concordância da mulher que buscou atendimento de puericultura para o filho. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e a entrevista ocorreu em sala privativa. Precedendo o preenchimento do formulário (Apêndice A), foram verificados o peso e a altura atual da mulher, com a finalidade de calcular o índice de massa corporal (IMC).

Para verificar o peso e a altura da mulher, a princípio, foi utilizada a única balança de adulto disponível na unidade de saúde (Foto-1), porém devido ao número elevado de atendimentos e contando com a autorização da enfermeira responsável pelo setor, passou-se a utilizar uma balança digital portátil (Foto-2) e foi fixada em uma das paredes da sala onde eram realizadas as entrevistas, uma fita métrica (Foto-3) para verificação da altura das mulheres.

Figura 1. Balança Adulto

Figura 2. Balança Digital Portátil

Figura 3. Fita Métrica fixada à parede

Na unidade campo do estudo, o atendimento de consultas agendadas no setor de pediatria é realizado de segunda à sexta-feira das 12h às 15h30min enquanto que, para consultas fora de agendamento, o horário é definido para às 7h ou às 12h. Na agenda de controle do setor, há o registro da sala onde cada criança será atendida, assim como constam o número da matrícula/prontuário e o horário da consulta. Foi utilizado o número da matrícula para consultar, no sistema informatizado do CSEB, a data de nascimento de cada criança, com o objetivo de verificar aquela que estava com idade entre 30 dias e seis meses de vida.

Assim, foi possível organizar os horários dos procedimentos de coleta de dados, além de identificar as mulheres, potenciais entrevistadas, e quantificar as entrevistas que poderiam ser realizadas a cada dia, e não interferir na dinâmica do setor.

Não interferindo na sequência do atendimento das crianças, e de acordo com a dinâmica do serviço, as mulheres foram contatadas de forma alternada durante ou após o período de espera para consulta do filho. Na abordagem, a pesquisadora se apresentava, expunha os objetivos e a finalidade do estudo. Diante da concordância da mulher em participar, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

A pedido da direção do Centro de Saúde Escola (CSE) foi encaminhado um relatório individual com dados sobre cada entrevistada e com as orientações a ela oferecidas (Apêndice C), para arquivamento no prontuário da mulher. Cópia do mesmo, quando necessário, era anexada ao encaminhamento para o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

A coleta de dados foi realizada com todas as mulheres que atenderam os critérios de inclusão, até se esgotar a amostra definida previamente.

4.5 INSTRUMENTO

Para a entrevista, com base na literatura e na experiência da autora deste estudo, foi elaborado um formulário (Apêndice A), composto por perguntas fechadas e complementares, sobre dados de identificação, ginecológicos e obstétricos da mulher, e sobre ocorrência de perda de urina. A resposta à questão *“Depois do parto,*

a senhora teve perda de urina?” classificou os sujeitos em dois grupos: mulheres autorreferidas com incontinência urinária e mulheres autorreferidas sem incontinência urinária. Diante de resposta negativa, caracterizou-se a mulher do grupo continente, e frente à resposta positiva, a entrevistada era classificada no grupo das mulheres autorreferidas com incontinência urinária.

Para maior clareza sobre o preenchimento do formulário, expõem-se a seguir os critérios de registro adotados:

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO

Idade materna – considerados anos completos de vida.

Bairro – corresponde à localização da moradia.

Cor – informada pela entrevistada.

Atividade profissional – obtida pela descrição sobre a ocupação, feita pela mulher, e dentre suas atividades, qual exige mais esforço e de que tipo. As atividades profissionais informadas pela mulher estão descritas no Apêndice D e foram classificadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE, 2002).

Atividade física – o tipo de atividade e a frequência foram descritos pela mulher. Diante desta informação, os sujeitos foram classificados em dois grupos: ativas - mulheres que praticavam algum tipo de atividade física (caminhada ou academia); e sedentárias - mulheres que não praticavam nenhum tipo de atividade física.

PARTE II - GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

Local do último parto – Hospitalar: nome do hospital informado pela mulher auxiliou identificar maternidade que atua como Centro de Parto Normal²; Domiciliar: se o parto ocorreu em domicílio ou no trajeto para o hospital.

² Centro de Parto Normal (CPN) – é um estabelecimento destinado à assistência ao parto normal sem distocia, inserido no sistema de saúde, que atua de maneira complementar às unidades de saúde existentes e pode funcionar de maneira intra ou extra-hospitalar (Brasil, 1999).

Dados pregressos: número de gestações, de aborto, de partos classificados em normal, cesárea ou fórceps; presença de infecção urinária ao longo da vida; cirurgias realizadas;

Dados do último parto: dados informados sobre: ganho de peso na última gestação (em gramas), data do parto, peso do recém-nascido ao nascer (em gramas), tipo do parto (normal, cesárea ou fórceps), condições do períneo (íntegro, com episiotomia ou laceração, se houve rotura perineal e lesão do esfíncter), posição adotada no momento do parto (deitada, sentada, de cócoras, de lado, outro), fez uso de ocitocina, e/ou de analgesia (se sim, especificar qual/local) e duração do trabalho de parto.

Vale ressaltar que para identificar a situação do períneo, foi perguntado às entrevistadas se houve necessidade de cortar a vagina (episiotomia) antes do nascimento, ou se houve necessidade de reparo (sutura) de traumatismo perineal após o parto vaginal. Na ausência destas situações, considerou-se períneo íntegro.

PARTE III - REFERENTES À PERDA DE URINA

➤ **Questões relativas à IU:** já perdeu urina antes e/ou durante a gestação; frequência e quantidade da perda de urina; quando iniciou a perda de urina; tipo de incontinência baseada no tipo de sintoma descrito pela entrevistada. Foi considerada *de esforço*: quando era referida perda de urina concomitante a um esforço físico como pular, tossir, espirrar; *de urgência*: quando a mulher referia perda de urina precedida de urgência miccional; *mista*: quando a mesma referia perda de urina nas duas situações anteriores.

A severidade dos episódios de perda involuntária de urina foi classificada de acordo com o índice de Sandvik descrito a seguir. Verificou-se também se a perda de urina foi transitória ou se ainda permanecia com o sintoma; se durante a consulta, queixou-se de perda de urina para o profissional de saúde; e se a perda de urina interferia na vida diária da entrevistada.

A seguir são apresentados os procedimentos adotados para calcular o índice de massa corporal e a severidade da perda de urina.

→ **ÍNDICE DE MASSA CORPORAL:**

O índice de massa corporal é calculado como a razão entre o peso (Kg) e o quadrado da altura (m). Este método, reconhecido internacionalmente, é usado como indicador de peso. O Quadro (1) mostra as categorias utilizadas atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para determinar o peso de um adulto, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002).

Quadro 1 – Valores do índice de massa corporal, segundo o IBGE. São Paulo – 2009.

Categoria	IMC
Abaixo do peso	Abaixo de 20
Peso normal	20,0 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obeso	30,0 – 39,9
Obeso mórbido	40,0 e acima

Disponível no site: www.ibge.gov.br

→ **SEVERIDADE DA PERDA DE URINA:**

Para calcular a severidade da incontinência urinária, adotou-se o índice de Sandvik (2000). O cálculo se obtém multiplicando a frequência das perdas de urina (1 = menos de uma vez por mês; 2 = uma ou várias vezes por mês; 3 = uma ou várias vezes por semana; 4 = todos os dias e/ou noites) pela quantidade de urina perdida de cada vez (1 = gotas; 2 = pouca quantidade; 3 = muita quantidade). Conforme o valor do índice resultante (1 a 12) classifica-se em incontinência leve (1 a 2), moderada (3 a 6), severa (8 a 9) ou muito severa (12).

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados, em dupla entrada, em banco de dados elaborado no software Epi-Info versão 2000. Foi feita a validação do banco de dados e a importação para o aplicativo *Excel*.

Para análise descritiva das variáveis quantitativas contínuas, foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão (média, desvio-padrão,

mediana e valores máximo e mínimo). Para o estudo das diferenças entre as variáveis categóricas do grupo que referiu incontinência urinária e o que não referiu, foi utilizado o teste **Qui-quadrado** e para análise de algumas delas foi utilizada a **Simulação de Monte Carlo**.

O teste Qui-quadrado de Pearson serve para testar a hipótese de que duas variáveis categóricas são independentes, ou seja, baseia-se nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não (Vieira, 2003).

A Simulação de Monte Carlo para o teste Qui-quadrado é utilizada quando as frequências esperadas são muito pequenas, e os dados não estão dispostos em uma tabela do tipo 2x2. Trata-se de uma amostra randomizada da distribuição em substituição à distribuição do Qui-quadrado, que é uma aproximação (Peat e Barton, 2005).

O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%, portanto os valores de **p** menores que **0,05** ($p\text{-valor} < 0,05$) foram apontados, como estatisticamente significantes.

Os processamentos da análise foram feitos com os softwares *SAS System for Windows version 9* e *R version 2.10.1*.

Os resultados serão apresentados por meio de tabelas e gráficos. As tabelas são apresentadas segundo a análise da diferença entre os dois grupos. O respectivo valor de **p** para o teste realizado está indicado para cada análise entre os grupos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para participar do estudo, a mulher foi informada quanto à voluntariedade, ao direito de receber respostas às suas dúvidas em relação à pesquisa, e à liberdade de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso prejudicasse seu atendimento na unidade de saúde. Após a concordância, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias.

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - CEP-EEUSP, conforme o Parecer do processo nº 761/2008 (Anexo A). Este documento foi encaminhado à direção do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE), para obtenção de autorização para realização da pesquisa (Anexo B).

A direção do CSE autorizou a realização da pesquisa e solicitou o encaminhamento da mulher com incontinência urinária autorreferida para seguimento em unidade de saúde, pois o CSE não dispõe de referência estabelecida para uroginecologia. Para atender a esta solicitação, a autora deste estudo contatou o responsável pela Divisão do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) para autorização de encaminhamento das mulheres que referissem sinais persistentes de perda involuntária de urina para avaliação do uroginecologista. Após a análise do projeto de pesquisa, o Diretor Técnico da Divisão de Clínica Obstétrica do HU-USP autorizou o atendimento solicitado (Apêndice E). Dessa maneira, os sujeitos que autorreferiram IU foram encaminhados ao ambulatório de ginecologia do citado hospital, em dia da semana e horário previamente definidos.

4.8 ESTUDO PILOTO

Para a definição do tamanho da amostra, uma vez que não foram localizados estudos nacionais sobre prevalência de IU no pós-parto, realizou-se um estudo piloto, com 50 mulheres que atendiam os critérios de inclusão definidos para o estudo.

Para verificar se o instrumento de coleta de dados proporcionaria o alcance dos objetivos da pesquisa, precedendo o estudo piloto, foi realizado pré-teste com entrevista de cinco mulheres. Este demonstrou que as questões tinham clareza e levariam ao alcance dos objetivos do estudo o que levou à manutenção do instrumento previamente desenhado.

O estudo piloto foi realizado em janeiro de 2009, com mulheres com 30 dias a seis meses de pós-parto, cujos bebês receberam atendimento na unidade de saúde campo do estudo. Foram seguidas as determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas individuais foram realizadas no ambulatório da instituição, em sala privativa. Precedendo o preenchimento do formulário, o peso e a altura atual

da mulher foram verificados em balança disponível na unidade de saúde, com a finalidade de calcular o índice de massa corporal (IMC).

Os dados coletados foram armazenados, em dupla entrada, em banco de dados elaborado no software Epi-Info versão 2000. Os achados foram analisados estatisticamente. Para a análise das variáveis qualitativas, apenas durante o Estudo Piloto, foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson e exato de Fisher, e para as variáveis quantitativas, o Teste-t, sendo considerados estatisticamente significantes os resultados, cujos níveis descritivos (valores de p) foram inferiores a 0,05.

Os resultados mostraram que a idade das mulheres variava de 18 a 44 anos, que 29 (58%) eram primíparas e 21 (42%) não-primíparas. Dentre as entrevistadas, 15 (30%) autorreferiram perda involuntária de urina no pós-parto, sendo 10 (66,7%) primíparas e 5 (33,3%) não-primíparas. Verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa apenas para variável IMC (p-valor= 0,012), diante da comparação entre o grupo que autorreferiu perda de urina e o que não referiu. Quanto ao local do último parto, 100% das mulheres citaram que o mesmo ocorreu em ambiente hospitalar. Constatou-se também, que o surgimento da incontinência urinária independia da idade, da cor da pele, do ganho de peso durante a gestação, do tipo de parto, do uso ou não de ocitocina, do uso ou do local da anestesia, do tempo referido de trabalho de parto e do peso do recém-nascido. Ainda que sem significância estatística, a episiotomia realizada em 30 mulheres (73%) permitiu inferir que este procedimento parece não tê-las protegido contra o surgimento de IU no pós-parto.

A falta de orientação para o preparo do períneo durante a gestação foi apontada pela mulher como uma das causas desencadeantes de IU no pós-parto. Em relação ao tipo de incontinência urinária, verificou-se que a mais frequente era a de esforço, encontrada em oito mulheres, dentre as 15 incontinentes. Quanto à severidade, a incontinência moderada foi identificada em nove mulheres. Ainda que os sujeitos tenham passado por consultas de seguimento ginecológico nos primeiros seis meses de pós-parto, apenas três comunicaram o surgimento desta intercorrência, porém relataram que não receberam nenhum tipo de tratamento.

Os dados encontrados neste Estudo Piloto tiveram expressiva representação quando se analisou os dados obtidos com a totalidade da amostra definida para a

pesquisa. Por outro lado, com a conclusão do Estudo Piloto foi possível confirmar o tamanho da amostra da pesquisa previamente definida em 288 mulheres.

A seguir, são apresentados os resultados obtidos com as entrevistas realizadas com a totalidade da amostra.

5 **RESULTADOS**

Os resultados apresentados referem-se a entrevistas realizadas com 288 mulheres no período de trinta dias a seis meses de pós-parto, que atenderam os critérios de inclusão. Dentre as entrevistadas, 71 (24,6%) referiram perda involuntária de urina no pós-parto e 217 (75,4%) não referiram tal morbidade, conforme se pode visualizar na Figura 4, a seguir.

Figura 4. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

Nos resultados apresentados a seguir, emprega-se IU (+) para identificar a presença de incontinência urinária autorreferida e IU (-) para mostrar os dados com incontinência urinária ausente.

Cabe acrescentar que os dados obtidos no Estudo Piloto foram incorporados à amostra definida para a pesquisa. Vale destacar que apenas duas mulheres se recusaram a participar do estudo pela premência de tempo por ter de retornar ao trabalho, porém foram substituídas e não houve perda na amostragem deste estudo.

Ao considerar o momento de pós-parto em que as entrevistas foram realizadas, apresenta-se na Tabela 1 a representatividade de cada período, segundo presença ou ausência de incontinência urinária.

Tabela 1. Período de pós-parto da amostra no momento da entrevista, conforme ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

<i>Período (dias)</i>	<i>IU (+) No. (%)</i>	<i>IU (-) No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>
31 – 60	13 (18,3)	68 (31,4)	81 (28,1)
61 – 90	20 (28,2)	48 (22,1)	68 (23,6)
91 – 120	15 (21,1)	29 (13,4)	44 (15,3)
121 – 150	9 (12,7)	32 (14,7)	41 (14,2)
151 – 180	14 (19,7)	40 (18,4)	54 (18,8)
Total	71(100)	217(100)	288(100)

À tabela 1 observa-se que, no total, houve maior percentual de mulheres entrevistadas nos primeiros três meses de pós-parto. É interessante notar na mesma tabela que maior percentual de incontinência urinária pode ser observado dentre as mulheres que estavam no período compreendido entre 61 e 120 dias de pós-parto e dentre aquelas com 151 a 180 dias de pós-parto quando comparado àquelas que não referiam incontinência urinária.

A seguir, são apresentados os dados obtidos segundo a seguinte sequência:

- ✓ Características sociodemográficas
- ✓ Dados ginecológicos e obstétricos
- ✓ Dados referentes à incontinência urinária

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Na Tabela 2, são apresentados os dados sobre as características sociodemográficas e antropométricas da amostra, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e antropométricas da amostra, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

<i>Variável/ Categoria</i>	<i>IU (+) No. (%)</i>	<i>IU (-) No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>	<i>p-valor</i>
Idade (anos)				
< 20	15 (21,1)	34 (15,7)	49 (17,0)	0,5782**
21-26	20 (28,2)	84 (38,7)	104 (36,2)	
27-32	20 (28,2)	57 (26,3)	77 (26,7)	
33-38	12 (16,9)	31 (14,3)	43 (14,9)	
39-45	4 (5,6)	11 (5,0)	15 (5,2)	
Cor				
Branca	37 (52,2)	88 (40,6)	125 (43,4)	0,0043*
Negra	16 (22,2)	58 (26,7)	74 (25,7)	
Parda	14 (19,7)	70 (32,2)	84 (29,2)	
Amarela	4 (5,6)	1 (0,5)	5 (1,7)	
Situação Marital				
Com Companheiro	64 (90,1)	189 (87,1)	253 (87,8)	0,4956*
Sem Companheiro	7 (9,9)	28 (12,9)	35 (12,2)	
Escolaridade				
Analfabeto	-	1 (0,5)	1 (0,3)	0,2379**
Ens. Fund. Incompleto	7 (9,9)	51 (23,5)	58 (20,1)	
Ens. Fund. Completo	9 (12,7)	27 (12,4)	36 (12,5)	
Ens. Médio Incompleto	13 (18,3)	29 (13,4)	42 (14,6)	
Ens. Médio Completo	31 (43,6)	85 (39,2)	116 (40,3)	
Superior Incompleto	6 (8,5)	10 (4,6)	16 (5,6)	
Superior Completo	5 (7,0)	14 (6,4)	19 (6,6)	
Ocupação				
Com Vínculo Empregatício	30 (42,3)	111 (51,2)	141 (49,0)	0,1929*
Sem Vínculo Empregatício	41 (57,7)	106 (48,8)	147 (51,0)	
Esforço Físico				
Sim	27 (38,0)	71 (32,7)	98 (34,0)	0,4124*
Não	44 (62,0)	146 (67,3)	190 (66,0)	
Atividade Física				
Ativa	9 (12,7)	23 (10,6)	32 (11,1)	0,6288*
Sedentária	62 (87,3)	194 (89,4)	256 (88,9)	
IMC				
Abaixo do Peso	11 (15,5)	22 (10,1)	33 (11,4)	0,5772**
Peso Normal	27 (38,0)	99 (45,6)	126 (43,8)	
Sobrepeso	23 (32,4)	66 (30,4)	89 (30,9)	
Obeso	9 (12,7)	29 (13,4)	38 (13,2)	
Obeso Mórbido	1 (1,4)	1 (0,5)	2 (0,7)	
Total	71(100)	217(100)	288(100)	

* Teste qui-quadrado; **Teste qui-quadrado mediante simulação de Monte Carlo.

Na Tabela 2 verifica-se que a maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária de 21 a 26 anos (104 – 36,2%) e dentre as que referiram incontinência urinária (IU), 56,3% encontravam-se com 21 a 32 anos. Quando se comparam ambos os grupos, verifica-se que apenas a faixa compreendida entre 21 e 26 anos teve menor representatividade para as mulheres que referiram IU em relação àquelas sem IU, com destaque para as 49 entrevistadas (17%) que tinham entre 18 e 20 anos de idade no momento da entrevista. Verifica-se ainda que a idade não apresentou diferença estatística significativa com o surgimento desta morbididade ($p = 0,5782$).

Observa-se que no total, 125 mulheres (43,4%) consideravam-se de pele branca. A cor de pele negra dentre os sujeitos do grupo que referiu IU (16 - 22,2%) foi proporcionalmente menor do que no grupo que não referiu IU (58 - 26,7%), o mesmo ocorreu com as autorreferidas de cor parda (14 – 19,7%; e 70 – 32,2%, respectivamente). As mulheres referidas como de pele branca e as de pele amarela com IU (37 – 52,2%; e 4 – 5,6%, respectivamente) apresentaram maior representatividade dentre as que apresentaram IU quando comparadas às sem IU para a mesma cor de pele (88 – 40,6%; e 1 – 0,5%, respectivamente). A relação da variável cor de pele com a ocorrência de incontinência urinária no pós-parto teve resultado estatístico significativo ($p = 0,0043$).

À mesma tabela verifica-se que, segundo a situação marital, 253 mulheres (87,8%) declararam ter um companheiro, e 35 (12,2%) não tinham parceria. A proporção de mulheres que relatou ter companheiro foi maior no grupo que referiu IU do que no grupo que não a referiu (64 - 90,1%; 189 - 87,1%, respectivamente). Ter ou não companheiro e sua relação com IU não foi estatisticamente significativa ($p = 0,4956$).

A escolaridade da amostra também não apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,2379$). Observa-se que 36 entrevistadas (12,5%) completaram o Ensino Fundamental, 116 (40,3%) concluíram o Ensino Médio e 19 (6,6%) o Ensino Superior; enquanto que (58 - 20,1%) das mulheres não completaram o Ensino Fundamental. Chama atenção na tabela sob análise que apenas a entrevistada analfabeta (1 – 0,5%) e aquelas com Ensino Fundamental incompleto apresentaram maior representatividade para ausência de IU quando comparadas àquelas que autorreferiram IU.

Quanto à ocupação, 141 (49%) sujeitos tinham vínculo empregatício e 147 (51%) relataram não ter vínculo empregatício, porém verifica-se que estas exerciam atividades pertinentes ao âmbito doméstico e do cuidado, de acordo com o descrito no Apêndice D. O fato de a mulher ter ou não vínculo empregatício não apresentou diferença estatística entre o grupo que referiu IU e o que não referiu ($p = 0,1929$).

Ainda à mesma tabela, verifica-se que apenas 98 mulheres (34%) disseram que suas atividades exigiam algum tipo de esforço físico, tais como: subir e descer escada, carregar peso, ficar muito tempo em pé, limpar janelas e banheiros, carga horária de trabalho elevada, lavar roupa, cozinhar, limpar piso com máquina elétrica, mudar móveis de lugar, realizar faxina em geral, entre outras. Os dados mostram que maior proporção de mulheres que referiram realizar esforço físico em suas atividades diárias (27 – 38%) está no grupo com IU em comparação àquelas que não citaram a intercorrência (71 – 32,7%). A comparação do esforço físico entre os dois grupos não apresentou diferença estatística significativa ($p = 0,4124$).

A comparação da prática de atividade física entre os dois grupos não apresentou diferença estatística significativa ($p = 0,6288$). Nota-se que 256 mulheres (88,9%) não praticavam nenhuma atividade física regular, no entanto 32 (11,1%) referiram praticar alguma atividade no mínimo três vezes por semana, dentre elas a caminhada e/ou ginástica localizada (academia). O percentual de mulheres que tinha atividade física foi discretamente maior no grupo que referiu IU (9 - 12,7%), em relação àquele que não apresentava IU (23 – 10,6%).

Cabe lembrar que para os valores e conceitos do IMC foi adotado o critério utilizado atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo o IBGE, como citado anteriormente no Quadro 1.

O IMC calculado mostrou à tabela 2 que, no momento da entrevista, 126 mulheres (43,8%) estavam com peso normal, enquanto que 89 (30,9%) estavam com sobrepeso, 38 (13,2%) eram obesas e 33 (11,4%) encontravam-se abaixo do peso. A proporção de mulheres com sobrepeso (23 – 32,4%) e com obesidade mórbida (1 – 1,4%) foi maior no grupo que referiu IU no pós-parto, o mesmo ocorrendo com as mulheres que se apresentavam abaixo do peso (11 – 15,5%) em comparação àquelas sem IU. Os resultados mostraram que o IMC não apresentou diferença estatística significativa ($p = 0,5772$). Vale destacar que, no Estudo Piloto, o IMC foi a única

variável que se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,012$), situação que não se confirmou com a conclusão da coleta de dados.

Os dados da Tabela 3, a seguir, apresentam os valores da média, mediana, desvio padrão, números mínimos e máximos, dos dados antropométricos e IMC da amostra.

Tabela 3. Distribuição da média, mediana, desvio padrão, números mínimos e máximos para idade, peso, altura e IMC, segundo ocorrência de IU autorreferida no pós-parto. São Paulo - 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Incontinência Urinária presente (n=71)</i>					<i>Incontinência Urinária ausente (n=217)</i>				
	<i>média</i>	<i>mediana</i>	<i>desvio padrão</i>	<i>mínimo</i>	<i>máximo</i>	<i>média</i>	<i>mediana</i>	<i>desvio padrão</i>	<i>mínimo</i>	<i>máximo</i>
Idade	27	27	6,85	18	45	26,76	26	6,12	18	44
Peso	63,67	62	14,55	43	115,6	63,66	61	12,91	33,8	118,8
Altura	1,59	1,57	0,06	1,46	1,73	1,59	1,59	0,06	1,39	1,79
IMC	25,04	24,4	4,84	16,5	43	25,15	24	4,50	15,8	43,1

À Tabela 3 observa-se a proximidade dos achados para ambos os grupos no que diz respeito à idade das entrevistadas, podendo-se observar que ambos os grupos, com e sem IU, apresentaram características semelhantes quando se comparou a média, a mediana e a idade mínima e máxima. Ainda que o mesmo ocorra com a média e a mediana referentes ao peso e à altura, as mulheres do grupo com IU apresentaram peso e altura mínimos superiores às do grupo sem IU. Por sua vez, estas tiveram peso e altura máximos superiores às primeiras. Estes parâmetros demonstraram ter contribuído para a semelhança dos dados de IMC encontrados.

5.2 DADOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

As Tabelas 4 e 5 a seguir apresentam os dados sobre o número de gestações, a paridade, o ganho de peso e o preparo do períneo, distribuídos segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.

Tabela 4. Dados da história obstétrica, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

<i>Variáveis / Categoria</i>	<i>IU (+) No. (%)</i>	<i>IU (-) No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>	<i>p-valor</i>
Número de gestações				
1 - 4	64 (90,1)	205 (94,5)	269 (93,4)	
5 ou mais	7 (9,9)	12 (5,5)	19 (6,6)	0,2699**
Paridade				
Primíparas	38 (53,5)	114 (52,5)	152 (52,8)	0,8850*
Não-primíparas	33 (46,5)	103 (47,5)	136 (47,2)	
Total	71(100)	217(100)	288(100)	

* Teste qui-quadrado; **Teste qui-quadrado mediante simulação de Monte Carlo.

Observa-se à Tabela 4 que 269 (93,4%) mulheres tiveram entre 1 e 4 gestações e que apenas 19 (6,6%) tiveram 5 ou mais gestações, e que esta variável não mostrou diferença estatística significativa ($p = 0,2699$). Vale notar, porém, que o percentual de sujeitos com 5 ou mais gestações foi maior dentre as mulheres que referiram IU (7 – 9,9%) quando comparadas àquelas com IU ausente (12 – 5,5%). Por outro lado, o percentual de mulheres primíparas que referiram IU foi

discretamente superior às sem a intercorrência (38 – 53,5%; 114 – 52,5%, respectivamente). Com relação ao total da amostra, os resultados mostraram que a representatividade de primíparas foi discretamente maior do que a de não-primíparas, e não houve diferença estatística significativa ($p = 0,8850$). Porém, vale destacar que dentre as 152 primíparas, 29 (19,07%) tiveram pelo menos um aborto, enquanto que no grupo das não-primíparas (136), o percentual de mulheres que tiveram aborto anterior foi de 33,1%.

Os resultados das variáveis relacionadas à última gravidez das mulheres entrevistadas são apresentados na Tabela 5 e na Figura 5.

Tabela 5. Variáveis referentes à última gravidez, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

<i>Variáveis / Categoria</i>	<i>IU (+) No. (%)</i>	<i>IU (-) No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>	<i>p-valor</i>
Ganho de peso				
≤ 8.000	16 (22,5)	49 (22,6)	65 (22,7)	0,1914**
9.000 – 16.000	44 (62,0)	121 (55,8)	165 (57,3)	
17.000 – 24.000	8 (11,3)	44 (20,3)	52 (18,0)	
≥ 25.000	3 (4,2)	3 (1,3)	6 (2,0)	
Preparo do períneo				
Sim	2 (2,8)	9 (4,1)	11 (3,8)	0,7321**
Não	69 (97,2)	208 (95,9)	277 (96,2)	
Total	71(100)	217(100)	288(100)	

**Teste qui-quadrado mediante simulação de Monte Carlo.

Na Tabela 5, verifica-se que o percentual de mulheres que autorreferiu IU foi maior para aquelas com ganho de peso na gravidez entre 9 e 16 Kg (44 – 62%) e para aquelas que aumentaram o peso em 25Kg ou mais (3 – 4,2%), quando comparadas às entrevistadas sem IU (121 – 55,8% e 3 – 1,3%, respectivamente), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,1914$).

Quanto ao preparo do períneo durante a gestação, não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,7321$), porém observa-se que, dentre as mulheres que realizaram o preparo do períneo, menor percentual apresentou IU (2 – 2,8%) em comparação às que não apresentaram IU (9 - 4,1%),

ocorrendo o inverso nos valores de percentuais, para ambos os grupos, diante do não preparo do períneo na gestação.

Outro dado a se considerar é a ocorrência de infecção do trato urinário, 191 (66,3%) entrevistadas tiveram infecção do trato urinário (ITU); destas, 79 (41,4%) relataram infecção de urina antes da última gestação, 99 (51,8%) referiram ITU durante a última gestação e apenas 13 (6,8%) a referiram no pós-parto. Vale acrescentar que, dentre as mulheres que referirem ITU, em algum momento, 189 (98,9%) realizaram tratamento por meio medicamentoso e apenas duas não o fizeram. Outro dado que merece destaque é que o percentual de entrevistadas com IU que referiram infecção urinária foi maior (31 – 43,7%) quando comparado ao de mulheres sem IU (81 – 37,3%), ainda que não tenha se verificado diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,4178$).

A seguir, os dados da Figura 5 mostram em que momento as mulheres ($n=191$) referiram ter tido infecção do trato urinário. Observa-se que o percentual de ocorrência de infecção urinária foi maior antes da última gravidez nos dois grupos, porém, durante a gravidez, esta ocorrência foi proporcionalmente maior durante o segundo trimestre da gestação no grupo que referiu incontinência urinária no pós-parto.

Figura 5. Período em que ocorreu a infecção urinária, segundo presença ou ausência de incontinência urinária no pós-parto. São Paulo - 2009.

A seguir, na Tabela 6, são apresentados os resultados das variáveis referentes ao parto, ao trabalho de parto, às condições do períneo após o parto e ao peso do recém-nascido ao nascer.

Tabela 6. Variáveis referentes ao último parto, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

<i>Variáveis / Categoria</i>	<i>IU (+)</i> <i>No. (%)</i>	<i>IU (-)</i> <i>No. (%)</i>	<i>Total</i> <i>No. (%)</i>	<i>p-valor</i>
Local de ocorrência do parto				
Hospitalar	69 (97,2)	213 (99,2)	282 (97,9)	0,3058**
CPN	2 (2,8)	2 (0,9)	4 (1,4)	
Domiciliar	-	2 (0,9)	2 (0,7)	
Tipo do parto				
Normal	33 (46,5)	90 (41,5)	123 (42,7)	0,0843*
Fórceps	15 (21,1)	28 (12,9)	43 (14,9)	
Cesárea	23 (32,4)	99 (45,6)	122 (42,4)	
Tempo referido de trabalho de parto				
zero	10 (14,1)	37 (17,1)	47 (16,3)	0,9470**
1 -12	47 (66,2)	137 (63,1)	184 (63,9)	
13 – 24	11 (15,5)	33 (15,2)	44 (15,3)	
≥ 25	3 (4,2)	10 (4,6)	13 (4,5)	
Administração de ocitocina				
Sim	49 (69,0)	146 (67,3)	195 (67,7)	0,7863*
Não	22 (31,0)	71 (32,7)	93 (32,3)	
Posição no parto				
Deitada	70 (98,6)	213 (98,2)	283 (98,3)	0,3483**
Sentada	-	2 (0,9)	2 (0,7)	
Em pé	-	2 (0,9)	2 (0,7)	
De lado	1 (1,4)	-	1 (0,3)	
Realização de anestesia				
Sim	64 (90,1)	192 (88,5)	256 (88,9)	0,6990*
Não	7 (9,9)	25 (11,5)	32 (11,1)	
Tipo de anestesia				
Raqui	45 (70,3)	150 (78,1)	195 (76,2)	0,6501*
Locorregional	16 (25,0)	36 (18,8)	52 (20,3)	
Peridural	2 (3,1)	4 (2,1)	6 (2,3)	
Geral	1 (1,6)	2 (1,0)	3 (1,2)	
Situação do períneo				
Íntegro	32 (45,1)	129 (59,4)	161 (55,9)	0,1040*
Episiotomia	29 (40,8)	64 (29,5)	93 (32,3)	
Laceração – Grau I	10 (14,1)	24 (11,1)	34 (11,8)	
Peso do RN ao nascer				
< 2.500	4 (5,6)	22 (10,1)	26 (9,0)	0,8100*
2500 – 2.999	19 (26,9)	59 (27,2)	78 (27,1)	
3.000 – 3.499	25 (35,2)	71 (32,7)	96 (33,4)	
3.500 – 3.999	18 (25,3)	48 (22,2)	66 (22,9)	
≥ 4.000	5 (7,0)	17 (7,8)	22 (7,6)	
Total	71(100)	217(100)	288(100)	

* Teste qui-quadrado; **Teste qui-quadrado mediante simulação de Monte Carlo.

À Tabela 6, verifica-se que, quanto ao local do último parto, 282 mulheres (97,9%) referiram que o mesmo ocorreu em ambiente hospitalar, 4 (1,4%) tiveram o parto em Centro de Parto Normal (CPN) e apenas 2 (0,7%) referiram que o parto ocorreu em domicílio, porém não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,3058$).

O tipo de parto também não apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,0843$), porém percebe-se uma tendência para esta associação quando se nota que foi proporcionalmente superior a ocorrência de IU para as mulheres que tiveram parto normal (33 – 46,5%) e fórceps (15 – 21,1%) quando comparadas ao grupo sem IU (90 – 41,5% e 28 – 12,9%, respectivamente).

Em relação ao tempo de trabalho de parto, não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,9470$), no entanto os dados da Tabela 6 mostram que a maioria das mulheres (184 - 63,9%) teve o trabalho de parto conduzido no período entre uma e doze horas. Verifica-se, ainda que as mulheres com IU autorreferida no pós-parto foram representadas por percentuais mais elevados para o trabalho de parto conduzido entre uma e doze horas (47 – 66,2%) quando comparadas àquelas que não referiram IU (137 – 63,1%) para o trabalho de parto de mesma duração. Ainda que discreta, houve diferença no percentual entre as mulheres com IU que tiveram trabalho de parto conduzido entre 13 e 24 horas (11 – 15,5%), quando comparadas às que não apresentaram IU (33 – 15,2%). Vale acrescentar que a média do tempo de trabalho de parto foi de 8,75 horas ($dp=12,45$ horas) para o grupo que referiu incontinência urinária e de 8,45 horas ($dp=9,59$ horas) para o grupo de mulheres que não referiu tal intercorrência.

A utilização de ocitocina no trabalho de parto não apresentou diferença estatística significativa entre o grupo que referiu e o grupo que não referiu perda involuntária de urina no pós-parto ($p = 0,7863$). A ocitocina foi empregada em 195 mulheres (67,7%). Dentre as mulheres que referiram IU, foi maior o percentual daquelas que receberam ocitocina (49 - 69%) durante o trabalho de parto quando comparadas àquelas que não apresentaram IU (146 – 67,3%).

Quanto à posição da mulher no momento do parto, 283 (98,3%) referiram que o parto foi realizado em litotomia. Ainda que discreto, nota-se maior percentual de mulheres que tiveram o parto em posição litotômica e apresentaram IU no pós-parto (70 -98,6%) quando comparadas àquelas que não apresentaram IU (213 –

98,2%). Os resultados também mostram que não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,3483$).

Não houve diferença estatística significativa em relação ao uso de anestesia e ao tipo de anestesia utilizada no parto ($p = 0,6990$ e $p = 0,6501$, respectivamente). Observa-se, no entanto, que 256 mulheres (88,9%) relataram ter recebido algum tipo de anestesia, com destaque para as 195 (76,2%) que citaram a anestesia raqui, e 52 (20,3%) a locorregional. No grupo de mulheres que recebeu anestesia, o percentual daquelas que referiram IU no pós-parto foi maior (64 – 90,1%) quando comparado ao grupo que não apresentou IU (192 – 88,5%). O mesmo ocorre quando se foca o tipo de anestesia: locorregional (16 – 25%); peridural (2 – 3,1%) e geral (1 – 1,6%), porém, quando se foca na anestesia raqui, nota-se que o percentual de mulheres foi maior no grupo que não referiu IU (150 – 78,1%) quando comparado ao grupo que referiu IU (45 – 70,3%).

Quanto à situação do períneo, não houve diferença estatística significativa ($p = 0,1040$). Conforme os resultados da Tabela 6, nota-se que a maioria (161 – 55,9%) das mulheres referiu períneo íntegro, enquanto que a episiotomia foi realizada em 93 mulheres (32,3%), e 34 (11,8%) referiram que o períneo foi suturado (recebeu entre um e três pontos – considerado como laceração de Grau I). Entre as mulheres que apresentaram IU, 29 (40,8%) tiveram episiotomia e 10 (14,1%) laceração de Grau I, percentuais superiores às mulheres que não referiram IU (64 – 29,5% e 24 – 11,1%, respectivamente).

Ainda à Tabela 6, verifica-se que a comparação do peso do recém-nascido ao nascer entre os dois grupos de mulheres não apresentou diferença estatística significativa com o surgimento de incontinência urinária no pós-parto ($p = 0,8100$), porém as mulheres com IU autorreferida apresentaram maior percentual de recém-nascido com peso ao nascer entre 3.000 e 3.499g (25 – 35,2%) e entre 3.500 e 3.999g (18 – 25,3%) em comparação às entrevistadas sem IU (71 – 32,7% e 48 – 22,2%, respectivamente).

A seguir, os dados da Tabela 7 apresentam os valores da média, mediana, desvio padrão, números mínimos e máximos, do número de gestação, paridade, ganho de peso materno e peso do recém-nascido ao nascer da amostra.

Tabela 7. Distribuição da média, mediana, desvio padrão, números mínimos e máximos para n° de gestação, paridade, ganho de peso materno e peso do RN ao nascer, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo - 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Incontinência Urinária presente (n=71)</i>					<i>Incontinência Urinária ausente (n=217)</i>				
	<i>média</i>	<i>mediana</i>	<i>desvio padrão</i>	<i>mínimo</i>	<i>máximo</i>	<i>média</i>	<i>mediana</i>	<i>desvio padrão</i>	<i>mínimo</i>	<i>máximo</i>
Nº Gestação	2,31	2	1,57	1	9	2,12	2	1,34	1	8
Paridade	1,86	1	1,19	1	7	1,84	1	1,15	1	7
Ganho de peso	12,23	11	5,10	3	27	12,71	12	4,83	2	26
Peso do RN	3243	3210	539	1900	4810	3178	3200	565	1220	4900

À Tabela 7 observa-se que os valores de paridade, de número de gestação e de ganho de peso foram próximos quando comparados os dois grupos (com e sem IU autorreferida). O mesmo não corresponde à variável peso do RN ao nascer, pois a média de peso (3.243g), a mediana (3.210g) e o peso mínimo (1.900g) foram maiores no grupo com IU em relação ao grupo de mulheres sem a intercorrência (3.178g; 3.200g; e 1.220g, respectivamente), porém o valor do peso máximo foi maior no grupo de mulheres que não referiu IU comparado ao grupo que a referiu (4.900g e 4.810g, respectivamente).

A Tabela 8 apresenta os resultados referentes à realização de cirurgia antes da última gestação, segundo presença ou ausência de IU autorreferida.

Tabela 8. Ocorrência de cirurgias prévias à última gestação, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

<i>Variável</i>	<i>IU (+) No. (%)</i>	<i>IU (-) No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>	<i>p-valor</i>
Cirurgia anterior				
Sim	25 (35,2)	67 (30,9)	92 (31,9)	0,4964*
Não	46 (64,8)	150 (69,1)	196 (68,1)	
Total	71(100)	217(100)	288(100)	

*Teste de qui-quadrado

Verifica-se à Tabela 8 que não houve diferença estatística significativa quando se comparou a realização de algum tipo de cirurgia prévia à última gestação com a presença de IU no pós-parto ($p = 0,4964$), ainda que tenha sido maior o percentual de mulheres com IU que se submeteram a alguma cirurgia previamente à última gestação (25 – 35,2%) quando comparadas àquelas que não apresentaram IU no pós-parto (67 – 30,9%).

Os resultados relacionados à região do corpo em que foi realizada a cirurgia são apresentados à Tabela 9, a seguir.

Tabela 9. Distribuição de cirurgias prévias à última gestação, por região do corpo, segundo ocorrência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. São Paulo – 2009.

<i>Variável / Categorias</i>	<i>IU (+) No. (%)</i>	<i>IU (-) No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>	<i>p-valor</i>
Região da cirurgia (n=92)				
Cabeça e pescoço	6 (24,0)	6 (8,9)	12 (13,0)	0,1934**
Mama	-	4 (6,0)	4 (4,4)	
Membros superiores e/ou inferiores	2 (8,0)	7 (10,5)	9 (9,8)	
Abdômen	17 (68,0)	50 (74,6)	67 (72,8)	
Total	25(100)	67(100)	92(100)	

**Teste qui-quadrado mediante simulação de Monte Carlo.

À Tabela 9, nota-se que, entre as mulheres que apresentaram IU no pós-parto, 6 (24%) foram submetidas a cirurgias de cabeça e pescoço, com percentual superior àquelas sem IU submetidas a cirurgias na mesma região do corpo (6 – 8,9%). Por outro lado, merece destaque o percentual de mulheres sem IU no pós-parto submetidas à cirurgia de abdômen (50 – 74,6%) em comparação ao de entrevistadas que autorreferiram IU e se submeteram à cirurgia abdominal (17 – 68%). Vale destacar que a região do corpo em que foi realizada a cirurgia não apresentou diferença estatística significativa com a ocorrência de IU no pós-parto ($p = 0,1934$).

5.3 DADOS PERTINENTES À INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Na tabela 10 são apresentados os dados referentes às características da perda involuntária de urina entre primíparas e não-primíparas.

Tabela 10. Variáveis referentes às características da incontinência urinária autorreferida, segundo a paridade. São Paulo – 2009.

<i>Variáveis / Categorias</i>	<i>Primípara No. (%)</i>	<i>Não- Primípara No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>	<i>p-valor</i>
Ocorrência				
Gestação e pós-parto	16 (42,1)	20 (60,6)	36 (50,7)	0,1199*
Pós-parto	22 (57,9)	13 (29,4)	35 (49,3)	
Frequência				
Pelo menos uma vez ao dia	1 (2,6)	-	1 (1,4)	0,8023**
Mais de uma vez ao dia	9 (23,7)	8 (24,3)	17 (23,9)	
Mais de uma vez por semana	16 (42,1)	17 (51,5)	33 (46,5)	
Mais de uma vez por mês	4 (10,5)	4 (12,1)	8 (11,3)	
Perda única	8 (21,1)	4 (12,1)	12 (16,9)	
Característica da perda				
Em gotas	24 (63,2)	15 (45,5)	39 (54,9)	0,1628**
Em jato	11 (28,9)	17 (51,5)	28 (39,4)	
Escorre pela perna	3 (7,9)	1 (3,0)	4 (5,6)	
Como identifica a perda				
Sente escoar	36 (94,7)	29 (87,9)	65 (91,5)	0,4060**
Roupa molhada	2 (5,3)	4 (12,1)	6 (8,5)	
Incontinência Urinária				
Esforço	20 (52,7)	24 (72,7)	44 (62,0)	0,0962*
Urgência	11 (28,9)	3 (9,1)	14 (19,7)	
Mista	7 (18,4)	6 (18,2)	13 (18,3)	
Total	38(100)	33(100)	71(100)	

* Teste qui-quadrado; **Teste qui-quadrado mediante simulação de Monte Carlo.

À Tabela 10 verifica-se que, dentre as 71 mulheres que referiram perda involuntária de urina, 36 (50,7%) apontaram que o fato ocorreu ao final da gestação e no pós-parto, enquanto 35 (49,3%) citaram sua ocorrência somente no período pós-parto. Dentre as mulheres que autorreferiram IU no pós-parto, foi maior o percentual de primíparas. De acordo com os resultados, o momento da perda de urina não apresentou diferença estatística significativa entre as primíparas e não-primíparas ($p = 0,1199$).

A frequência da perda involuntária de urina não apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos de puérperas ($p = 0,8023$). Observa-se, no entanto, que maior percentual de mulheres dentre as 71 com IU correspondeu à ocorrência da perda de urina em “mais de uma vez por semana” (33 – 46,5%), e que a “perda única” foi referida por 8 primíparas (21,1%), percentual superior ao de não-primíparas (4 – 12,1%).

Os resultados relacionados à característica da perda urinária mostram que não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,1628$), e que 39 mulheres (54,9%) relataram que a perda ocorreu sob a forma de gotas. Foi maior o percentual de primíparas que referiram a perda de urina por “gotas” (24 – 63,2%) e em quantidade que “escorria pela perna” (3 – 7,9%) quando comparado ao de não-primíparas.

À mesma Tabela, observa-se que 65 mulheres (91,5%) identificaram a perda de urina por senti-la escoar. Coube às primíparas o maior percentual (36 – 94,7%), porém, conforme os resultados, não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,4060$). Vale ressaltar que estas perdas foram assim caracterizadas: 44 mulheres (62%) referiram incontinência ao tossir e/ou quando faziam algum esforço físico (IU de esforço); 14 (19,7%) citaram perda de urina no trajeto até o banheiro (IU de urgência) e 13 (18,3%) apontaram as duas situações (IU mista). O tipo de incontinência urinária não apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,0962$), embora nota-se uma tendência à associação quando se verifica que a IU de urgência se fez presente para 11 primíparas (28,9%) em comparação às não-primíparas (3 – 9,1%); enquanto que a IU de esforço teve maior representatividade entre as não-primíparas (24 – 72,7%) diante das primíparas (20 – 52,7%).

Vale lembrar que para calcular a severidade da incontinência urinária foi utilizado o índice de Sandvik (2000), cujo cálculo se obtém multiplicando a frequência das perdas urinárias pela quantidade de urina perdida de cada vez. De acordo com a Figura 6, identificou-se que, dentre as 71 entrevistadas que referiram IU, 16 (22,5%) apresentaram incontinência leve, 53 (74,7%) incontinência moderada e 2 (2,8%) incontinência severa.

Figura 6. Severidade da perda involuntária de urina no pós-parto. São Paulo – 2009.

A seguir, na Tabela 11 são apresentados os dados referentes ao reflexo da incontinência urinária no cotidiano das mulheres.

Tabela 11. Reflexos da incontinência urinária autorreferida no cotidiano da amostra, segundo a paridade. São Paulo – 2009.

<i>Características</i>	<i>Primípara No. (%)</i>	<i>Não-Primípara No. (%)</i>	<i>Total No. (%)</i>
Continua com a perda			
Sim	12 (31,6)	12 (36,4)	24 (33,8)
Não	26 (68,4)	21 (63,6)	47 (66,2)
Perda interfere na vida diária			
Sim	10 (26,3)	10 (30,3)	20 (28,2)
Não	28 (73,7)	23 (69,7)	51 (71,8)
Faz uso de absorvente			
Sim	6 (15,8)	13 (39,4)	19 (26,8)
Não	32 (84,2)	20 (60,6)	52 (73,2)
Total	38(100)	33(100)	71(100)

Nesta tabela observa-se que 24 mulheres (33,8%) relataram perda de urina presente no momento da entrevista, e estas foram encaminhadas para avaliação pelo uroginecologista, no hospital de referência, conforme estabelecido com a direção do CSE campo do estudo. Dentre os sujeitos que não apresentavam a intercorrência

quando ocorreu a entrevista (47 – 66,2%), 14 (29,8%) relataram que a perda de urina referida teve duração de uma a três semanas; 21 (44,7%) informaram que durou de um a três meses e 12 (25,5%) citaram perda por uma única vez. Deve-se destacar que, embora próximos, os valores percentuais de perda persistente de urina foram maiores para as não-primíparas (12 – 36,4%) em comparação às primíparas (12 – 31,6%).

Em relação à quantidade de urina perdida de cada vez, apenas 4 (5,6%) revelaram perder grande quantidade, e 65 (91,5%) identificaram a perda de urina por senti-la escoar. A duração da perda mais frequentemente encontrada foi de um a três meses (44,7%) enquanto que 33,8% das mulheres (24 – 71) referiram perdas urinárias persistentes após o parto.

Com relação ao fato de a perda de urina interferir ou não nas atividades diárias das mulheres, os dados da mesma tabela nos mostram que 51 entrevistadas (71,8%) referiram que a perda involuntária de urina não interferia em suas atividades diárias, porém 20 (28,2%) informaram que a perda interferia em suas atividades, seja pelo constrangimento de se sentir sempre molhada, com cheiro de urina, seja por influir no aspecto psicológico, ou durante a relação sexual, ou pelo desconforto e uso diário de absorvente.

Com relação ao uso de absorvente, 19 (26,8%) relataram que fizeram uso de absorvente durante o período da perda involuntária de urina, com maior representatividade para as não-primíparas (13 – 39,4%).

Vale destacar que dentre as 71 mulheres que referiram IU, apenas 10 (14,1%) comunicaram a intercorrência ao profissional de saúde, porém disseram que não receberam qualquer tratamento. Quanto às demais (61 – 85,9%) nada fizeram por acreditarem tratar-se de algo fisiológico.

A seguir, na Figura 7, apresenta-se as causas desencadeantes da perda urinária, segundo as entrevistadas.

Figura 7. Causas desencadeantes da perda involuntária de urina referida pela mulher. São Paulo – 2009.

Cabe esclarecer que foi solicitado às entrevistadas que citassem as causas que acreditavam que desencadeiam a IU. Suas respostas mostraram que 45 mulheres (63,4%) relacionaram a perda involuntária de urina ao parto, porém, de acordo com a Figura 7, 10 delas (22%) não souberam dizer o que estava relacionado com a perda de urina. As demais apontaram como causas desencadeantes da perda involuntária de urina: a força exercida durante o trabalho de parto, o peso elevado do recém-nascido ao nascer, a falta de preparo do períneo durante a gestação e a fase de adaptação do organismo (cada item citado por 5 mulheres - 11%); o uso da sonda vesical pós cesárea e a episiotomia, ambas apontadas por 4 mulheres (9%); a curetagem realizada no pós-parto (3 - 7%), a perda e/ou retenção de urina durante a gestação e o uso do fórceps (cada item citado por 2 mulheres – 4,5%).

Diante da obtenção desses resultados, a seguir expõe-se a discussão dos achados à luz da literatura sobre o tema.

6 *DISCUSSÃO*

Este estudo, realizado com mulheres no pós-parto, freqüentadoras de uma unidade de saúde, da região oeste do município de São Paulo, mostrou resultados concordes com a pesquisa realizada na Austrália, em 1993, no qual foi descrita a prevalência de problemas de saúde física e emocional materna entre seis e sete meses de pós-parto, e onde se verificou que a incontinência urinária foi uma intercorrência de saúde encontrada no pós-parto (Brown e Lumley, 1998). Neste estudo, foi constatada uma prevalência de incontinência urinária de 24,6% nos primeiros seis meses após o parto, resultado que se mostrou maior quando comparado com pesquisas realizadas na Dinamarca (23,4%) (Hvidman et al., 2003) e na Itália (20,3%) (Pregazzi et al., 2002b).

Em sua maioria, os estudos epidemiológicos, com enfoque na IU, investigam mulheres com maior faixa etária, provavelmente, por se tratar de uma fase da vida em que o sintoma costuma surgir com maior freqüência (Albrescht, 2006).

Por outro lado, este estudo teve como sujeitos mulheres no período pós-parto, cuja idade das participantes variou entre 18 e 45 anos, com a média de 26 anos, o que reforça sua condição de estar no período reprodutivo. A faixa etária entre 17 e 45 anos também foi encontrada em outros estudos realizados no período pós-parto, nos quais a idade média das puérperas variou de 26 a 30 anos, com a prevalência de incontinência urinária entre 20% e 27,5% [Pregazzi et al.(2002a); Pregazzi et al.(2002b); Hvidman (2003); Higa e Lopes (2005); Bugg, Hosker, Kiff (2005); Albrescht (2006); Fritel et al (2007); Scarpa et al. (2008)]. Esses resultados mostram que a incontinência urinária está presente em mulheres mais jovens, embora resultados de estudo realizado nos Estados Unidos, com o objetivo de descrever a incidência de IU durante a gestação e o pós-parto, mostrou que 44% das participantes com IU no pós-parto tinham idade igual ou maior que 35 anos (Spellacy, 2001).

Verificou-se que a ocorrência de perda involuntária de urina foi estatisticamente significativa quando se avaliou a cor da pele referida pelas mulheres deste estudo. Encontrou-se maior representatividade entre as que se autorreferiram de pele branca ou amarela com IU quando comparadas às de pele negra ou parda. Estes

resultados são concordes com aqueles do estudo realizado nos Estados Unidos, onde a cor da pele mostrou-se um fator de risco para a ocorrência de IU durante a gravidez e no pós-parto, sendo que a prevalência de IU foi maior em mulheres brancas (21 - 68%), comparada às mulheres negras (8 - 26%) e hispânicas (2 - 6%) (Spellacy, 2001). O mesmo fator de risco também foi encontrado em pesquisa realizada na Noruega, em 2006, com 43.279 mulheres durante a gestação (Wesnes et al, 2007) e no estudo realizado com 482 puérperas, em Midlands no período de 2002 e 2003, onde a ocorrência de incontinência urinária em mulheres brancas foi de 81,7% e de 15,2% em mulheres negras e amarelas (Williams et al. 2007).

Estudo prospectivo realizado em 2003 nos Estados Unidos, durante o terceiro trimestre de gestação e no pós-parto, mostrou que não houve diferença estatística significativa entre grupos raciais com as respectivas taxas de incontinência. A justificativa pode encontrar-se na semelhança de sintomas de incontinência urinária no período gravídico-puerperal que pode indicar que a gravidez e o parto têm semelhantes efeitos biológicos imediatos sobre a função do assoalho pélvico nas diferentes raças. Os autores relataram que estudos de coorte seriam necessários para melhor caracterizar estas observações preliminares (Raza-Khan et al., 2006). Acredita-se que há pertinência nesta sugestão, dado aos reduzidos estudos que associam a etnia à incontinência urinária, o que inviabiliza afirmar sua evidência, embora tenha se mostrado presente neste e nos estudos apontados acima.

As características sociodemográficas maternas analisadas neste estudo, como situação marital, escolaridade, ocupação e esforço físico, não apresentaram diferenças estatísticas significantes entre o grupo de mulheres com e sem incontinência urinária autorreferida no pós-parto. A ausência da associação destas variáveis com a perda involuntária de urina no pós-parto, verificada nos estudos encontrados na literatura, inviabilizou a comparação dos resultados obtidos no presente estudo. Ainda assim, merece destaque o maior percentual de mulheres com escolaridade superior ao Ensino Médio que referiram incontinência urinária no pós-parto. Diante dessa situação, pode-se questionar: Haveria interferência da baixa escolaridade na percepção da mulher sobre a perda urinária? Ela teria maior constrangimento em assumir esta perda?

Foi possível verificar que, desde o início da coleta de dados, as mulheres entrevistadas apresentavam déficit de informações sobre incontinência urinária e de

que esta intercorrência é passível de prevenção e de tratamento; também notou-se que algumas mulheres se sentiam constrangidas em falar sobre o assunto. Isso leva a crer que a dificuldade de abordar esta morbididade não é apenas por se sentirem constrangidas, mas também pela falta de informação.

Neste estudo, nota-se que a maioria das puérperas (256 - 88,9%) não realizava qualquer tipo de atividade física, embora apenas 9 (12,7%) que referiam IU no pós-parto praticavam alguma atividade física (caminhada e/ou ginástica), porém esta variável não apresentou diferença estatística significativa.

Sob este aspecto, estudo realizado em Estocolmo, com 665 primíparas, teve como objetivo descrever a atividade física e a perda urinária antes, durante e após o parto. Os resultados, ao contrário dos achados no presente estudo, mostraram alta intensidade e frequência de atividade física entre mulheres que participaram do estudo. Os fatores de risco para perda de urina identificados foram: sintomas de disfunção do assoalho pélvico, distúrbios do tecido conjuntivo e atividade de alto impacto físico (atividades que exercem força sobre o assoalho pélvico) antes da gravidez, enquanto a atividade de baixo impacto (caminhada, ciclismo, natação e equitação) pareceu promover a continência (Eliasson et al., 2005).

De acordo com os resultados encontrados por Eliasson et al. (2005), a prática de atividade física de baixo impacto antes e durante a gravidez e no pós-parto não é um fator de risco para o surgimento da perda de urina. Dados discordantes dos achados no presente estudo, pois este constatou maior representatividade entre as mulheres com incontinência urinária quando comparadas às que não apresentaram a intercorrência. Isso leva a hipótese de que outras variáveis podem interferir nesta situação.

Outra variável de interesse é o ganho de peso. O Ministério da Saúde (MS), na gestação, recomenda avaliação segundo estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal e considera que a mulher com baixo peso deve ter o ganho de peso entre 12,5 e 18,0Kg; aquela que iniciar o pré-natal com peso adequado deverá ganhar entre 11,5 e 16,0Kg; com sobrepeso de 7,0 a 11,5Kg e com obesidade 7,0Kg (Brasil, 2006). O ganho de peso referido pelas mulheres deste estudo, durante a gestação, no grupo que informou IU, foi em média de 12,23 Kg e no grupo sem IU, a média foi de 12,71Kg. O presente estudo não obteve dados referentes ao período pré-gravídico ou de início da gestação.

Quando foi calculado o índice de massa corporal (IMC) da entrevistada, no pós-parto (Tabela 2), verificou-se a média de 25,12. De acordo com os critérios utilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Quadro 1), 129 (47,8%) mulheres deste estudo estavam com sobrepeso ou com obesidade, fato que pode ser analisado à luz dos resultados de estudo realizado na Noruega, sobre a prevalência de IU durante a gestação associada ao IMC e ao ganho de peso elevado (Wesnes et al, 2007). O IMC elevado (igual ou maior que 30) no início da gestação está associado com maior frequência de IU no pós-parto. Por sua vez, o peso materno elevado, no início da gestação, influencia na integridade da estrutura do assoalho pélvico e corresponde ao aumento da incidência de casos de incontinência urinária e disúria, porém o ganho de peso durante a gestação não parece influenciar na incidência de sintomas urinários (Pregazzi et al., 2002b; Eftekhari et al., 2006).

Assim, o IMC elevado é um fator de risco para o surgimento de incontinência urinária (Parazzini et al., 2003; Hivdman et al., 2003). Por outro lado, estudo realizado em Boston (EUA), no período de 2001 a 2003, com 948 mulheres com idade entre 37 e 54 anos, com o objetivo de descrever a relação entre IMC, ganho de peso e incidência de IU em mulheres de meia idade, mostrou que houve tendências significantes no aumento da incidência de IU com IMC e ganho de peso elevado, de onde se deduz que o IMC e o ganho de peso elevado parecem ser fortes fatores de risco para o surgimento de IU em mulheres de meia idade (Townsend et al., 2007). Diante destes achados, pergunta-se: Os mesmos fatores também determinariam a IU no período gravídico-puerperal? Acredita-se que sim, pois os dados apresentados anteriormente na literatura mostraram que o aumento do IMC e o ganho de peso elevado durante a gravidez, podem diminuir a força da musculatura do assoalho pélvico e com isso favorecer a ocorrência de IU neste período.

Chamou atenção, no presente estudo, que mulheres com IMC que as caracteriza como abaixo do peso tivessem apresentado maior percentual de IU quando comparadas com aquelas sem IU. Por outro lado, encontrou-se semelhança com os estudos relacionados à mulher com sobrepeso com IU no pós-parto.

No presente estudo, as variáveis número de gestação e paridade não apresentaram diferença estatística significativa, porém, quando se comparou as mulheres segundo paridade e a ocorrência de IU no pós-parto, verificou-se que a representatividade de incontinência urinária no pós-parto foi discretamente maior nas

primíparas (38 - 53,5%) do que nas não-primíparas (33 - 46,5%). Estes achados são concordes com os obtidos em estudo realizado nos Estados Unidos, onde foram encontradas 46% e 43% de prevalência, respectivamente (Raza-Khan et al., 2006). No entanto, estes resultados contradizem os obtidos em outros estudos realizados na Europa e no Brasil, que constataram a ocorrência maior de IU em multíparas do que em primíparas (Pregazzi et al., 2002a; Thompson et al., 2002; Higa e Lopes, 2005; Albrescht, 2006; Dellú et al., 2008; Scarpa et al., 2008).

Outro estudo, realizado na Noruega, com 4.662 (33%) primíparas e 3.549 (40%) multíparas, verificou que a paridade é um forte fator de risco para o surgimento de IU durante a gestação e que a prevalência de incontinência urinária é maior em mulheres que já pariram do que em nulíparas (Wesnes et al., 2007). Esse achado concorda com os encontrados no presente estudo, conforme se verifica à Tabela 4, embora não se tenha pesquisado a situação de nulíparas.

Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados na Europa, com puérperas, onde a incidência de incontinência urinária no pós-parto relacionou-se à paridade, pois os resultados mostraram que mulheres que tiveram um ou mais partos apresentaram maior incidência de IU quando comparadas às nulíparas (Pregazzi et al., 2002b; Hivdman et al., 2003; Parazzini et al., 2003). A análise dos estudos apresentados mostra que a paridade é um fator de risco determinante no surgimento de IU no pós-parto.

Esses dados recebem reforço dos resultados do estudo realizado em Itapequerica da Serra (SP), com mulheres durante a gestação e no puerpério, que indicaram que a força muscular perineal (FMP) diminuiu discretamente, ao longo da gestação, e que essa condição se manteve no final do período puerperal. Embora a diminuição da FMP em cada gestação seja pequena, no decorrer de várias gestações, essa redução pode agravar-se, causando morbidade (Costa, 2008). O parto vaginal e a cesárea são apontados como responsáveis pelo enfraquecimento da força muscular do assoalho pélvico (Meyer et al., 1998 e Barbosa et al., 2005).

Por outro lado, mesmo sem significância estatística, verificou-se que 277 mulheres (96,2%) não receberam nenhuma orientação sobre o preparo do períneo durante a última gestação e que a falta desta orientação foi apontada por elas como uma das causas desencadeantes de IU no pós-parto.

Sob esta perspectiva, estudo realizado na Noruega com 301 nulíparas, no período de 1998 a 2000, avaliou se o treinamento intensivo para fortalecimento do assoalho pélvico, no período de 12 semanas durante a gestação, pode prevenir a incontinência urinária durante a gravidez e no pós-parto. Os autores concluíram que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico, nessa fase, preveniu a incontinência urinária durante a gestação e após o parto, e a força muscular do assoalho pélvico melhorou significativamente após o treinamento (Mørkved et al., 2003).

Observa-se que a realização dos exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, durante a gestação, é recomendada para ajudar a prevenir a incontinência urinária durante a gravidez e no período pós-parto, porém acredita-se que as mulheres devem ser orientadas a realizar estes exercícios antes, durante e após o parto, pois os resultados do estudo realizado na França, com 627 mulheres, mostrou o surgimento de IU até quatro anos após o parto (Fritel et al. 2007).

Esses resultados validam as proposições de Costa (2008), pois se observa a importância da orientação sobre o preparo do períneo durante a gestação e a continuidade no pós-parto.

Neste estudo, a ocorrência ou não de infecção urinária durante a última gestação não apresentou diferença estatística significativa (Tabela 5). Também foi discreta a diferença entre os dois grupos – com e sem IU autorreferida – quando se focou o período anterior à gravidez (Figura 5). Tais resultados são contraditórios ao estudo realizado na Itália, com 1062 mulheres, cujos dados mostraram que o risco de IU aumentou em mulheres com história de infecção urinária (Parazzini et al., 2003).

Outro ponto a se considerar corresponde a meados do século XX, quando a medicalização da assistência ao parto foi um processo crescente, com a grande maioria dos nascimentos acontecendo em hospitais. Após esse período, o parto passou a ser considerado um evento predominantemente médico e passível de variadas intervenções, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, estabelecendo-se, então, uma relação direta entre a utilização da tecnologia e a segurança (Riesco, 1999).

Na tentativa de modificar este quadro, o movimento mundial de resgate do nascimento como processo natural trouxe à tona, além da questão relativa às

intervenções obstétricas desnecessárias, discussões sobre o local do parto e sobre o profissional de saúde mais adequado para seu acompanhamento (Koiffman, 2006).

Neste estudo, mesmo sem significância estatística, 97,9% das mulheres referiram que o último parto ocorreu em ambiente hospitalar. A relação entre o local de ocorrência do parto e as intervenções obstétricas foi verificada em estudo realizado em São Paulo (SP), referente ao período de 2003 e 2006, com o objetivo de comparar resultados maternos e perinatais de partos de mulheres de baixo risco atendidas em um centro de parto normal (CPN) e em um hospital. Verificou-se que a assistência no CPN foi realizada com menos intervenções do que aquela prestada no hospital, embora com resultados maternos e neonatais semelhantes. Esses resultados podem subsidiar a ampliação do modelo de CPN, com a finalidade de melhorar os índices de morbidade materna e perinatal, a IU entre elas, além de promover o parto fisiológico (Schneck, 2009).

Dentre as 71 mulheres que referiram incontinência urinária, as que tiveram parto normal ou parto fórceps foram percentualmente mais atingidas quando comparadas ao grupo sem IU. A análise estatística mostrou que não houve significância entre o tipo de parto e a presença de IU, porém notou-se também que a cesárea não protegeu contra o surgimento de IU no pós-parto, embora com representatividade menor em comparação às mulheres sem IU. Estes resultados confirmam os obtidos em estudo realizado nos Estados Unidos, em 2003, o qual não apresentou diferença estatística significativa entre as mulheres continentas e incontinentes quanto ao tipo de parto (Raza-Khan et al., 2006).

Por outro lado, a ocorrência de morbidade referida pelas mulheres foi maior naquelas submetidas a parto fórceps em comparação com as que tiveram parto normal. Outra situação foi a presença de morbidade referida pelas mulheres com maior intensidade naquelas submetidas à cesariana de emergência do que em mulheres que tiveram parto normal e/ou cesárea eletiva (Brown e Lumley, 1998). A associação entre o surgimento de IU no pós-parto com o parto instrumental também foi encontrada por Parazzini et al. (2003) e Borders (2006).

Resultados de estudos realizados na Dinamarca, em 1998, e em Teerã (Iran), ambos no período pós-parto, são contraditórios aos obtidos nos estudos anteriores, porém são semelhantes aos encontrados na presente pesquisa. Neles verificou-se que a prevalência de IU no pós-parto relaciona-se ao tipo de parto e que as mulheres

submetidas à cesariana tiveram menor ocorrência de incontinência urinária imediatamente após o parto, em comparação com aquelas submetidas a parto vaginal (Hivdman et al., 2003 e Eftekhari et al., 2006).

Revisão bibliográfica que incluiu doze pesquisas de coorte e seis estudos transversais teve o objetivo de comparar a prevalência de IU após cesariana ou parto vaginal. A síntese dos resultados encontrados mostrou que a cesariana reduziu o risco de incontinência urinária de esforço no pós-parto, mas o risco de incontinência urinária grave e incontinência urinária de urgência não diferiram pelo modo de nascimento da criança (Press et al., 2007).

Por sua vez, estudo realizado na Dinamarca, entre 1995 e 1998, com 1232 mulheres, mostrou que o primeiro parto vaginal está fortemente associado com o surgimento de IU durante a segunda gravidez em comparação à cesárea. Identificou também que mulheres com IU na gestação têm maior probabilidade de apresentar IU no pós-parto. Os autores concluíram que a IU no pós-parto relaciona-se ao parto normal, porém os dados não mostraram resultado significativo para a menor ocorrência de IU no pós-parto após cesárea (Foldspang et al., 2004).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos, com 50 mulheres, sugeriu que especificamente o parto vaginal é um fator importante para o desenvolvimento de IU no pós-parto (Spellacy, 2001).

Observa-se que os resultados encontrados na literatura e apresentados anteriormente em sua maioria são contraditórios aos encontrados neste estudo, pois não se pode afirmar que a cesárea teve um efeito protetor do surgimento de IU no pós-parto, além do que a presença desta intercorrência foi maior dentre as mulheres que se submeteram ao parto normal, em comparação com as que tiveram parto fórceps, ou seja, neste estudo, o surgimento de IU no pós-parto independeu do tipo de parto.

No presente estudo, o tempo de trabalho de parto referido, em horas, pelas mulheres, não apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos, porém a ocorrência de IU foi maior dentre aquelas cujo trabalho de parto teve duração entre 1 e 24 horas, em comparação às mulheres sem IU. Estudo realizado na Austrália, em 1993, com 1336 puérperas, mostrou que as mulheres em trabalho de parto por um período maior ou igual a 12 horas foram mais susceptíveis a queixar-se de IU do que aquelas que tiveram trabalho de parto curto (menos de 6 horas) (Brown

e Lumley, 1998). Ainda que os resultados de estudo realizado em Teerã, entre 2000 e 2004, mostrasse que não encontrou associação entre a prevalência de IU após o parto e a duração da segunda fase do trabalho (Eftekhar et al., 2006).

Verificou-se que o uso de ocitocina durante o trabalho de parto não apresentou diferença estatística significativa entre o grupo que referiu IU no pós-parto e o grupo que não a referiu, e estes resultados são concordes com o estudo de coorte realizado na Suécia, entre 1999 e 2000, com 2450 mulheres, que também não encontrou associação entre o uso de ocitocina com o surgimento de IU um ano após o parto (Schytt, Lindmark e Waldenstrom, 2004). Esses achados contradizem os de pesquisa realizada na Itália, em 2000, com 218 primíparas, onde os resultados indicaram associação entre indução de trabalho de parto e o surgimento de IU. O mesmo estudo mostrou que as mulheres submetidas ao parto normal espontâneo têm maior probabilidade de ser assintomáticas do que as mulheres cujo trabalho de parto foi induzido (Pregazzi et al., 2002b).

Não houve diferença estatística significativa na posição da mulher no momento do parto com o surgimento de IU, e não foi possível comparar este resultado com outros estudos uma vez que não foram localizadas pesquisas com abordagem sobre a associação desta variável. Sabe-se, no entanto, que a posição litotômica não é a mais favorável para a realização do parto, pois exige maior esforço da mulher para dar a luz.

A analgesia peridural proporciona bom alívio da dor, assim considerado por 80 a 90% das parturientes, no entanto a administração exclusiva de anestésicos locais por via peridural, ainda que satisfatória para o controle da dor, tem sido responsabilizada por efeitos indesejáveis como hipotensão materna secundária ao bloqueio simpático, relaxamento muscular do assoalho pélvico e da parede abdominal, levando a dificuldades na rotação interna do polo cefálico fetal no interior do canal de parto, e ao eventual prolongamento do período expulsivo, com aumento de incidência de partos instrumentais (Brasil, 2001).

No presente estudo, a anestesia foi administrada em 90,1% das entrevistadas que referiram IU no pós-parto (Tabela 6), porém não teve resultado estatístico significativo com o surgimento desta morbidade, embora tenha tido maior representatividade ao ser comparada com as mulheres do grupo sem IU. Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado nos Estados Unidos, entre 1990 e

1991, com 523 mulheres, onde o uso de anestesia não se associou ao surgimento de IU no pós-parto, ou seja, demonstrou não ser um fator de risco para tal morbidade (Burgio et al., 2003).

Estudo realizado na Austrália, em 1997, com o objetivo de descrever as mudanças e a prevalência de problemas de saúde materna nos seis meses após o parto, mostrou que a analgesia foi administrada em 33,4% das mulheres (433 em 1295) e que a relação entre o uso de analgesia e dores lombares não foi estatisticamente significativa (Thompson et al., 2002). Esses resultados contradizem os achados de outro estudo onde a anestesia peridural associou-se com maior frequência a dores nas costas (Brown e Lumley, 1998). O presente estudo não verificou a relação entre anestesia e dor lombar, porém torna-se relevante discorrer sobre esta abordagem neste momento.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, mais de 90% das participantes que tiveram a anestesia peridural não relataram incidência de IU nas 4 a 6 semanas após o parto, esta constatação pode sugerir que a anestesia peridural não é um fator significativo no desenvolvimento da IU no pós-parto (Spellacy, 2001). Os achados de outro estudo, realizado em Taiwan, entre 2004 e 2005, com 583 nulíparas, mostraram que a analgesia peridural associa-se a um risco aumentado de trabalho de parto prolongado, ao parto instrumental e à cesariana, mas não está relacionada ao aumento de IU no pós-parto (Liang et al., 2007).

Outro dado de interesse para o presente estudo relacionou-se à situação do períneo após o parto. Estudo realizado em Midlands, com 2.100 sujeitos, com o objetivo de investigar a incidência de morbidade perineal no pós-parto, mostrou que as mulheres que sofreram algum trauma perineal (laceração ou episiotomia) apresentaram maior representatividade para a morbidade que aquelas que se mantiveram com períneo íntegro (Williams et al., 2007).

Vale ressaltar que a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada no Brasil, em 2006, com cerca de 15.000 mulheres, mostrou a alta frequência de realização de episiotomia (71,6%) praticada no Brasil, em particular nas Regiões Sudeste (80,3%), Centro- Oeste (78,8%) e Sul (78,5%), dados que revelam o uso rotineiro desta prática e consequentemente, a predominância de um modelo mais intervencionista também na condução do parto normal no país (Brasil, 2009).

Neste estudo, a taxa de episiotomia praticada nas mulheres que se submeteram ao parto normal foi de 32,3%, e as mulheres que referiram perda involuntária de urina no pós-parto, com episiotomia ou laceração, tiveram maior representatividade que aquelas sem IU (Tabela 6). Estes resultados, no entanto, mostram que não houve diferença estatística significativa entre o uso de episiotomia e o surgimento de IU no pós-parto, porém permitem inferir que esse procedimento parece não ter protegido da ocorrência de IU no pós-parto; resultados também encontrados em estudo realizado na França, por Fritel et al.(2007), e em Assis (SP) por Barbosa et al. (2005).

Em paralelo a estes achados, Parazzini et al. (2003) afirmam que o trauma perineal é um fator de risco para o surgimento de incontinência urinária. Neilsen, Essary e Stoehr (2008) realizaram revisão sistemática sobre o uso de episiotomia e sua relação com incontinência urinária no pós-parto, e os resultados desta revisão sugerem claramente que a episiotomia não protege contra surgimento de incontinência urinária no pós-parto.

Por outro lado, pesquisa realizada na Dinamarca, em 1998, mostrou que o surgimento de incontinência urinária no pós-parto não se associa com o procedimento da episiotomia (Hivdman et al., 2003). Esta conclusão contradiz estudos apresentados anteriormente e o presente, além daquele realizado nos Estados Unidos, em 1995, onde os resultados mostraram que o uso de episiotomia apresentou forte associação com a ocorrência de incontinência urinária entre 4 e 6 semanas após o parto (Spellacy, 2001).

Outro estudo mostrou que a episiotomia associa-se ao uso de anestesia peridural, ao uso de intervenção instrumental no parto e ao aumento de 20 minutos de duração no segundo estágio do trabalho de parto, além de que o uso liberal da episiotomia não diminui a prevalência da incontinência urinária (Fritel et al., 2007). Por outro lado, em outra pesquisa, mulheres que relataram dor perineal após o parto tiveram duas vezes maior representatividade entre aquelas que tiveram episiotomia em comparação com aquelas que tiveram o períneo suturado por lacerações. Outro achado desse estudo foi que problemas sexuais foram mais comuns entre mulheres que se submeteram à episiotomia (Brown e Lumley, 1998).

Embasados nos resultados dos estudos apresentados e nos achados da presente pesquisa, verificou-se que o uso rotineiro de episiotomia não protegeu as

entrevistadas de sofrer IU no pós-parto, podendo estar sujeitas também a outras morbidades perineais.

Neste estudo, não houve diferença estatística na relação do peso do recém-nascido com a ocorrência de IU no pós-parto entre os dois grupos, resultado concorde com os estudos realizados na Dinamarca (Hivdman et al., 2003) e nos Estados Unidos (Burgio et al., 2003) que também não identificaram tal associação, porém o resultado de estudo realizado na Suécia, com 2450 mulheres, mostrou associação do peso do RN maior de 3.500 gramas com IU em múltiparas. Neste estudo não foi realizada semelhante associação, embora as entrevistadas com IU tivessem tido maior representatividade que as mulheres sem IU quando se considerou o peso do RN ao nascer entre 3.000 e 3.999g (Tabela 6).

Dados contraditórios foram encontrados em estudo realizado nos Estados Unidos, onde o peso do recém-nascido ao nascer, o tempo de trabalho de parto e o uso de anestesia não se associaram à ocorrência de IU no pós-parto (Burgio et al., 2003). Segundo Hivdman et al. (2003), existem evidências conflitantes sobre o impacto da duração do trabalho, a aplicação de bloqueio do pudendo, peridural e a episiotomia, bem como o impacto do tamanho do feto com a ocorrência de IU no pós-parto.

Durante a busca na literatura foi possível observar que a associação entre o uso de anestesia, o tempo prolongado do trabalho de parto e o peso do recém-nascido ao nascer com a ocorrência de IU no pós-parto tem sido pouco estudada, e que nesta pesquisa, estas variáveis não se mostraram como determinantes para a ocorrência dessa morbidade.

À Tabela 8, apresentam-se as mulheres que realizaram uma ou mais cirurgias antes da última gestação, e que dentre elas, 67 (72,8%) foram submetidas à cirurgia na região do abdômen inferior, porém foi menor o percentual de sujeitos com IU quando se comparou os dois grupos. Não houve diferença estatística significativa com a ocorrência de IU no pós-parto. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na Dinamarca, no qual 52% das mulheres realizaram uma ou mais cirurgias na região do abdômen inferior e também não houve significância estatística na associação entre cirurgia realizada antes da última gestação e a presença de IU após o parto (Hivdman et al., 2003).

No presente estudo, 50,7% das mulheres referiram perda involuntária de urina durante a gestação e no período pós-parto, embora maior percentual de primíparas referiram perdas apenas no pós-parto. No entanto, o momento em que ocorreu a perda involuntária de urina não apresentou diferença estatística significativa entre o grupo de primíparas e não-primíparas.

Estudo realizado nos Estados Unidos, em 2003, mostrou que grande parte das mulheres (55% - 45 em 83) apresentaram perda involuntária de urina no terceiro trimestre da gestação e o sintoma persistiu até 6 a 8 semanas de pós-parto, e apenas 4% (5 em 113) desenvolveram incontinência somente no período pós-parto (Raza-Khan et al., 2006). Outro estudo mostrou que o surgimento de IU entre 4 e 12 semanas após o parto associa-se com a IU durante a gestação; resultados concordes com os do estudo que concluiu que a IU, durante a gestação, é um fator de risco significativo para a ocorrência de IU até um ano após o parto. (Burgio et al., 2003 e (Hivdman et al., 2003).

Cabe ressaltar que a maioria das mulheres com incontinência urinária no pós-parto apresentou esta condição durante a gestação, portanto, este momento é uma oportunidade importante para planejar estratégias de intervenção precoce com vistas à prevenção da IU.

Neste estudo, mesmo sem significância estatística, dentre as mulheres incontinentes (primíparas e não-primíparas), 71,8% (51 em 71) referiram ter perdas de urina diárias ou semanais. As entrevistadas que referiram perdas urinárias persistentes após o parto foram encaminhadas à coordenação do serviço, que, por sua vez, as encaminhava ao serviço de ginecologia do hospital de referência, de modo a que a mesma recebesse atendimento específico.

Vale acrescentar que a incontinência urinária pode ser classificada em quatro tipos: *Incontinência urinária de esforço (IUE)* - a sua forma mais comum é toda perda de urina que ocorre em decorrência de algum esforço físico como: pular, correr, tossir; *Incontinência urinária de urgência (IUU)* – causada por uma contração involuntária súbita da bexiga; *Incontinência urinária mista (IUM)* – combinação de incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência, mais comum em mulheres mais velhas; *Incontinência urinária de transbordamento* – sensação de urgência para urinar, porém sem esvaziamento completo da bexiga (Sand e Dmochowski, 2002).

No presente estudo, verificou-se que o tipo mais frequente de perda urinária foi de esforço (62%), seguido da incontinência de urgência (19,7%) e incontinência mista (18,3%), porém não se verificou diferença estatística entre o grupo de primíparas e não-primíparas. Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados nos Estados Unidos, onde 21% dos sujeitos (24 em 113) apresentaram IU por esforço, 3% (3 em 113) IU de urgência e 20% (23 em 113) IU mista (Raza-Khan et al., 2006).

Outro estudo foi realizado com 537 primíparas e múltiparas com resultados que apontaram 11,7% de sujeitos com IU de esforço, 7,6% com IU de urgência e 3,7% com IU mista (Pregazzi et al, 2002a). Um terceiro estudo realizado com 43.279 mulheres verificou que 36,9% apresentaram IU de esforço; 4,8% IU de urgência e 16,4% IU mista (Wesnes et al., 2006). Observou-se nessas pesquisas que a perda de urina por esforço foi a situação mais comum associada ao aumento da ocorrência de IU durante a gestação e no pós-parto. Dado também verificado na presente pesquisa.

Quanto à severidade, verificou-se que a incontinência moderada foi identificada na maioria (74%) das mulheres incontinentes deste estudo, seguida da incontinência leve (22,5%) e severa (2,8%) (Figura 6), resultado semelhante encontrado, também em estudo realizado em Portugal, em 2003, com 287 mulheres, e destas, 44% tiveram incontinência moderada (Moura, 2005).

Contradizendo os resultados anteriores, Fritel et al. (2007) relatam que a severidade da perda de urina verificada no grupo de mulheres submetidas ao uso restrito de episiotomia foi: 15% (48 em 308) de IU leve, 7% (21 em 308) de IU moderada e 3% (8 em 308) de IU severa; e no grupo submetidas à episiotomia de rotina, os resultados foram IU leve em 20% (62 em 298), IU moderada em 7% (21 em 298) e IU severa em 3% (8 em 298). Os resultados de Raza-Khan et al. (2006) mostram que a IU leve (64%) também foi maior do que a incontinência moderada (24%) e severa (4%). Neste estudo houve prevalência maior de IU leve seguida de IU moderada e severa nos dois grupos – com e sem incontinência urinária autorreferida.

Das 71 mulheres incontinentes da presente pesquisa, 20 (28,2%) relataram que a perda de urina interferia na sua vida diária, de modo a afetar sua qualidade de vida, pois relataram que a perda de urina era motivo de constrangimento e exigia uso constante de absorvente higiênico, além de ser desconfortável, e interferir no estado psicológico.

Esta condição é apoiada por estudo realizado com 100 mulheres que mostrou que 59% consideravam esta intercorrência como sendo muito ou bastante importante enquanto que 9% consideram-na como um problema sem importância (Moura, 2005). Em pesquisa realizada na Austrália, com 10 mulheres, 20% referiram incontinência urinária no pós-parto, e a necessidade de usar absorvente o tempo todo, interferindo assim em suas atividades diárias, na escolha do que vestir e nas atividades sociais (O'Reilly et al., 2008).

Sobre o mesmo tema, outro estudo realizado nos Estados Unidos, com 759 primíparas, teve como objetivo investigar o impacto de incontinência urinária e fecal no pós-parto sobre a qualidade de vida de mulheres e mostrou que seis meses após o parto a incontinência urinária e fecal tem importante efeito negativo na saúde dos sujeitos com impacto na sua qualidade de vida (Handa et al., 2007).

Por outro lado, neste estudo, dentre as mulheres incontinentes, 45 (63,4%) relacionaram a perda involuntária de urina ao parto, apontando como causas julgadas desencadeantes a falta de preparo do períneo durante a gestação, e os procedimentos do parto. Verificou-se ainda que, embora as mulheres tenham passado por consultas de seguimento ginecológico nos primeiros seis meses de pós-parto, foi reduzido o número das que comunicaram o surgimento desta intercorrência, porém relataram que não receberam nenhum tipo de tratamento.

Dado semelhante foi encontrado em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), em 2005, por Albrescht (2006), que também abordou esse tema e verificou que apenas 18,8% da amostra buscou auxílio ou apresentou a queixa a um profissional de saúde. A mesma situação foi verificada em estudo realizado na Austrália, em 1993, com 1336 mulheres, no qual um quarto das participantes relataram que não tinham procurado ajuda do profissional de saúde para falar de seu problema (Brown e Lumley, 1998).

Como se vê, pelos dados deste estudo e por resultados de pesquisas encontradas na literatura, é reduzido o número de mulheres que buscam atendimento diante da IU no pós-parto.

Neste aspecto, o profissional de enfermagem desempenha importante função junto à população, pois insere-se no ambiente que norteia a educação em saúde, participa de programas e de atividades de educação, com vistas à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

7 PESQUISA E ASSISTÊNCIA: UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL

No decorrer desta pesquisa foi possível verificar a carência de informações sobre IU pelas usuárias de saúde. Esta condição levou a identificar a necessidade de oferecer às mulheres, sujeitos do estudo e frequentadoras do serviço, informações sobre a morbidade em questão.

Vale esclarecer que o CSE, campo da pesquisa, não dispõe de atendimento às mulheres com enfoque na incontinência urinária, o que motivou a autora deste estudo a desenvolver estratégias para atender as necessidades percebidas, neste âmbito, junto às entrevistadas.

Merece destaque o fato de que, no decorrer das etapas do ciclo gravídico-puerperal, as ações educativas são relevantes, porém é no pré-natal que a mulher deveria receber maior afluxo de orientações para que pudesse viver o parto de forma positiva, com redução dos riscos de complicações no puerpério (Rios e Vieira, 2007).

Acredita-se nas ações preventivas que, dado ao seu caráter intervencionista, evitam o surgimento de doenças específicas e/ou reduzem suas incidências. A informação em saúde colabora na prevenção de doenças e na promoção da saúde, na medida em que proporciona mudanças no comportamento dos indivíduos. A informação altera a estrutura cognitiva da pessoa e desencadeia ações que podem ser, dentre outras, a mudança de comportamento (Moraes, 2008).

Ciente do papel de enfermeira e de pesquisadora, bem como com o objetivo de contribuir na prevenção e na promoção de saúde destas mães, com enfoque na IU no pós-parto, buscou-se contato com uma fisioterapeuta, funcionária do hospital de referência do serviço campo do estudo, e, em conjunto, elaboraram um roteiro (inserido do Apêndice C) que passou a guiar as orientações oferecidas a todas as entrevistadas. Dada à inviabilidade de reunir as mulheres em grupos para receber as orientações, ao concluir cada entrevista do estudo, toda mulher recebia individualmente as orientações, oferecidas pela pesquisadora.

O citado conteúdo abordava os seguintes temas: evitar reter a urina; criar o hábito de urinar com intervalo de poucas horas; manter peso corporal saudável; evitar constipação intestinal; buscar tratamento para qualquer tosse persistente; evitar

levantar muito peso; realizar exercício para fortalecer o músculo do assoalho pélvico; comunicar o profissional de saúde (médico ou enfermeira) se apresentar perda de urina e não deixar de ingerir líquido.

Com esta atividade, integrada à coleta de dados, foi possível contribuir com a unidade de saúde e com a população por ela atendida, esclarecendo dúvidas e oferecendo informações úteis ao seu bem-estar com enfoque na presença de incontinência urinária.

Vale lembrar que, no período de coleta de dados, a pesquisadora encontrou 24 sujeitos que referiram IU persistente, os quais foram encaminhados para avaliação médica.

Acredita-se, como Aerts et al. (2004), que, atualmente, o grande desafio consiste em desenvolver uma sociedade mais saudável, estimular e promover a saúde de seus cidadãos, investindo em pesquisas e em ações que incidam na melhoria da qualidade de vida das populações e no estímulo à participação popular.

8 *CONCLUSÕES*

Os achados obtidos no presente estudo nos permitem concluir que:

- A prevalência de incontinência urinária autorreferida nos primeiros seis meses de pós-parto é de 24,6%, para as mulheres atendidas no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa.
- Apenas o fator cor da pele, com representatividade maior de mulheres brancas apresenta associação estatística significativa entre os dois grupos – com e sem IU autorreferida.
- Ainda que não apresente associação estatística significativa, foi expressiva a representatividade de fatores associados à ocorrência de IU nos seis meses de pós-parto, conforme se pode constatar a seguir:
- A episiotomia e as lacerações de períneo não protegem contra o surgimento de IU no pós-parto.
- Não são somente as mulheres com idade mais avançada que apresentam IU no período pós-parto; as mais jovens também apresentam a intercorrência;
- A ocorrência de IU no pós-parto é maior dentre as mulheres submetidas aos partos normal e fórceps, porém o parto cesárea também deve ser considerado, embora de modo menos expressivo;
- Trabalho de parto com duração entre 1 e 12 horas associa-se à ocorrência de IU no pós-parto;
- O uso de ocitócico durante o trabalho de parto e a anestesia durante o mesmo, demonstram contribuir para ocorrência de fatores associados à IU no pós-parto;

- O peso do recém-nascido entre 3.000 e 4.000g ao nascer também é fator que se associa à ocorrência de IU no pós-parto;
- A ocorrência de IU autorreferida é maior após os primeiros dois meses de pós-parto;
- Mulheres que realizam atividades diárias que requerem esforço físico e que fazem exercícios físicos têm maior possibilidade de sofrer IU no pós-parto;
- Mulheres com sobrepeso e com obesidade mórbida estão mais sujeitas a apresentar IU no pós-parto;
- O ganho de peso na gestação entre 9 e 16 Kg e ou acima de 25 Kg, independentemente do peso pré-gravídico, concorre para a ocorrência de IU no pós-parto;
- Sofrer de infecção urinária durante a gestação associa-se à ocorrência de IU no pós-parto;
- A ausência de preparo do períneo, na gestação, associa-se ao aparecimento de IU no pós-parto;
- Primíparas são mais afetadas pela IU no pós-parto, em comparação às não-primíparas.
- A incontinência de urgência predomina entre primíparas com IU autorreferida;
- As perdas de urina referidas como única, em gotas, e ou que escorre pelos MMII são mais comuns nas primíparas; e
- Quase a totalidade das mulheres não tem o hábito de informar o profissional de saúde sobre a ocorrência de IU no período pós-parto.

Diante destas conclusões, chega-se às considerações finais do presente estudo.

9 *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

Este estudo teve como finalidade a identificação da prevalência e de fatores associados à incontinência urinária autorreferida, em mulheres com até seis meses de pós-parto.

Seu delineamento, do tipo transversal e epidemiológico, mostrou-se adequado à análise de possíveis fatores associados à incontinência urinária no pós-parto. Com esta metodologia empregada e com a amostra representativa da população previamente definida foi possível identificar a frequência dos diversos fatores relacionados à incontinência urinária, e encontrar a prevalência de IU no período de até seis meses de pós-parto.

Os achados apontam para a relevância de identificação da prevalência de incontinência urinária em mulheres no pós-parto, dado à carência de estudos sobre o tema no país. Os fatores associados à incontinência urinária no pós-parto apontados na literatura e identificados no estudo, embora sem significância estatística, contribuem para a construção do conhecimento sobre o tema e indicam a necessidade da realização de novas pesquisas de modo a compor um corpo de evidências voltadas à IU no período pós-parto.

Dado a diferença de métodos e de variáveis adotadas nas pesquisas identificadas na literatura, houve dificuldade em discutir os dados desta pesquisa à luz de estudos sobre o tema, com foco nas variáveis sociodemográficas e obstétricas consideradas neste estudo.

Os achados mostram, portanto, a necessidade de se investigar a IU no pós-parto como intercorrência em mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Outro fato a ser considerado é a importância de realizar orientações sobre exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico durante a gestação e no pós-parto, associada à necessidade de fornecer informações às mulheres sobre a IU e incentivá-las a buscar ajuda do profissional de saúde. Ambas as situações realçam a importância da avaliação da assistência prestada pelo profissional de saúde no ciclo gravídico-puerperal, pois ignorar a presença de IU no pós-parto prejudica a qualidade de vida da mulher e interfere na sua assistência.

Sendo assim, os achados do presente estudo também podem contribuir para o planejamento de atenção de enfermagem obstétrica à mulher que vivencia o período reprodutivo e para a elaboração de estratégias de incentivo à mulher para abordar esta morbidade com o profissional de saúde.

A enfermagem obstétrica deve e pode incluir nas ações de cuidado as orientações para o manejo de fatores associados à IU e o incentivo a comportamentos saudáveis, com o intuito de ampliar a gama de cuidados fundamentais nesta área de conhecimento. Obtém, assim, assistência que atenda as necessidades e os desejos da clientela, que quando devidamente informada, orientada e motivada acerca de sua saúde e de seus direitos de cidadania, consegue tomar decisões e praticar conscientemente o autocuidado.

A informação fornecida à clientela deve ser proporcional ao nível intelectual dos participantes e a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, na melhora das condições de vida.

Para a educação em saúde tornam-se necessários o incentivo e a adequação das práticas educativas, cabendo aos profissionais, de enfermagem em particular, a elaboração, a coordenação e a execução de tais ações.

Um esboço desta atuação foi desenvolvida quando concomitante a pesquisa, ofereceram-se orientações às mulheres, sujeitos do estudo, sobre ações de prevenção de IU no pós-parto, buscando, assim, promover mudanças no quadro epidemiológico da intercorrência foco desta pesquisa.

Para finalizar, sugere-se a abordagem do tema em disciplinas de atenção à saúde da mulher, em cursos de enfermagem, de modo a alertar os futuros profissionais sobre a relevância desta morbidade e de sua prevenção.

10 REFERÊNCIAS

Albrescht MJ. Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Aerts D, Alves GG, La Salvia MV, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1020-8.

Baessler K, Schuessler B. Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations. *Urology*. 2003;62(4):39-44.

Baikie PD. Sinais e sintomas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 712.

Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11):677-82.

Bastos AC, Borges JBR. Anatomia. In: Bastos AC. *Ginecologia*. 11ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 8-12.

Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(4):242-8.

Borges TG. Incontinência urinária de esforço. In: Bastos AC. *Ginecologia*. 11ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 218-31.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [legislação na Internet]. Brasília; 1999. [citado 2010 jan. 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portarias>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília (DF); 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS). Brasília (DF); 2009.

Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(2):156-61.

Bugg GJ, Hosker GL, Kiff ES. Routine symptom screening for postnatal urinary and anal incontinence in new mothers from a district. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(5):405-08.

Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol*. 2003;102(6):1291-8.

Centro de Saúde-Escola Samuel Pessoa - Butantã - Faculdade de Medicina da USP [homepage na Internet]. São Paulo, 2005. [atualizado 2005; citado 2009 set. 05] Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cseb>

Costa ASC. Análise da força muscular perineal na gestação e no puerpério. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

D'Ancona CAL. Diagnóstico da incontinência urinária na mulher. In: D'Ancona CAL; Netto JR, NR. Aplicações clínicas da urodinâmica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 139-43.

Dellú MC, Zácara PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(6):482-7.

Diniz SG. Fique amiga dela: dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas. São Paulo: Coletivo Fem Sex Saúde. 2003:13-4.

Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadeh F, Shariat M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94(2):114-8.

Elbadawi A. Functional anatomy of the organs of micturition. *Urol Clin North Am*. 1996;23(2):177-210.

Eliasson K, Nordlander I, Larson B, Hammarstro M, Mattsson E. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scand J Med Sci Sports*. 2005;15(2):87-94.

Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol*. 2001;97(3):350-6.

Foldspang A, Hvidman L, Mommsen, S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(10):923-7.

Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Berthand V, Levet C, Pigne A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG*. 2007;115(2):247-52.

Guarda RI, Gariba M, Nohama P, Amaral VF. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. *Femina*. 2007;35(4):219-27.

Handa VL, Zyczynski HM, Burgio KL, et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(6):636.e1-e6.

Higa R, Lopes MHB. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):422-8.

Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92.

Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(6):556-63.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Índice de massa corporal. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro, [2009]. [atualizado 2009 jan 15, citado 2009 jan. 15]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/imc_calculo.php

Koiffman MD. Fatores de risco para remoção neonatal na Casa do Parto de Sapopemba – São Paulo. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Liang CC, Wong SY, Chang YL, Tsay PK, Chang SD, Lo LM. Does Intrapartum epidural analgesia affect nulliparous labor and postpartum urinary incontinence? *Chang Gung Med J*. 2007;30(2):161-7.

Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfield P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol*. 1998; 92(4 Pt 1):613-8.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações – Portal do Trabalho e Empregos. [homepage na Internet]. Brasília, 1997-2007. [atualizado 2009 set 08, citado em 2009 set 08]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/downloads.jsf>

Moraes AF. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(Supl 2):2041-8.

Morettin PA, Bussab WO. Estatística básica. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 280-1281; 499.

Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2003;101(2):313-9.

Moura BG. Incontinência urinária feminina. *Rev Port Clin Geral*. 2005;21:11-20

Neilsen LA, Essary A, Stoehr J. Does the use of episiotomy protect against postpartum incontinence? *JAAPA*. 2008;21(5):56-7.

Neme B. *Obstetrícia básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 1056-7.

Oliveira E, Castro RA, Takano CC, et al. Mecanismo de continência e teoria integral da incontinência urinária feminina. *Femina*. 2007;35(4):205-11.

O'Reilly R, Peters K, Beale B, Jackson D. Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *J Clin Nurs*. 2008;18(14):2013-9.

Palma PCR, Riccetto CLZ. Incontinência urinária de esforço na mulher. In: Netto JR, N.R. *Urologia pratica*. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 107-20.

Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG*. 2003;110(10):927-33.

Peat J, Barton B. *Medical Statistics: a guide to data analysis and critical appraisal*. Massachusetts: John Wiley Professio; 2005. 336 p.

Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;103(2):179-82.

Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P, Grimaldi E, Ricci G, Guaschino S. Immediate postpartum perineal examination as a predictor of puerperal pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2002;99(4):581-84.

Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, Dadelszen PV. Does Cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth*. 2007;34(3):228-37.

Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *Int Urogynecol J Pelvic Dysfunct*. 2006;17(5):525-30.

Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 3-10.

Riesco MLG. *Que parteira é essa?* [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2007;12(2):477-86.

Sand PK, Dmochowski R. Analysis of the standardisation of terminology of lower urinary tract dysfunction: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(2):167-78.

Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn*. 2000;19(2):137-45.

Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(7):355-9.

Schneck CA. Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar e hospital – São Paulo. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(10):928-36.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Avaliação da função urinária e renal; p. 965-78.

Sociedade Brasileira de Urologia. Incontinência urinária: propedêutica. Rio de Janeiro: AMB&CFM. Projeto Diretrizes; 2006.

Spellacy CE. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium. *J Obstet Gynecol Neonatal Nus*. 2001;30(6):634-41.

Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*. 2002;29(2):83-94.

Townsend MK, Danforth KN, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Body mass index, weight gain, and incident urinary incontinence in middle-aged women. *Obstet Gynecol*. 2007;110(2):346–53.

United States of America. Department of Health & Human Services. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update. [text on the Internet] Rockville, MD. March 1996. [cited 2008 Apr. 21]. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/uioverview.htm>

Vieira S. Bioestatística: tópicos avançados. Rio de Janeiro: Campus; 2003. p. 56.

Wesnes SL, Rortveit G, Bø K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):922–8.

Williams A, Herron-Marx S, Hicks C. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*. 2007;23:392-403.

11 APÊNDICES

11.1 APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

Nº.: _____

Data: ____/____/____.

Dados de Identificação

1. Iniciais: _____
2. Idade: _____ anos
3. Peso: _____ (gramas) Altura: _____ (m) IMC: _____
4. Bairro: _____
5. Estado marital: 1() sem companheiro 2() com companheiro sem co-habitação
3() com companheiro com co-habitação
6. Cor: 1() branca 2() negra 3() parda
4() amarela/oriental 5() outra. Qual? _____
7. Até que série a Sra. estudou? _____
8. A Sra. trabalha? 0() sim 1() não
- 8a Se sim, ocupação: _____
9. Seu trabalho exige esforço físico: 0() sim 1() não
- 9a Se sim, descrever: _____
10. Realiza exercício físico: 0() sim 1() não
- 10a Se sim, descrever: _____

Dados Ginecológicos e Obstétricos

11. Local do último parto: 1() hospitalar _____
2() domiciliar _____
12. Número de: Gestações () Aborto: () Parto: N () C () F ()
13. Ganho ponderal em gramas na última gravidez: _____
14. Data do último parto: ____/____/____
15. Peso do RN ao nascer: _____ gramas
16. Qual foi o tipo do último parto? 1() normal 2() fórceps 3() cesárea
17. Qual a situação do períneo no último parto? 1() íntegro
2() com episiotomia 3() com laceração 4() não sabe
18. Qual foi a posição no último parto?
1() deitada 2() sentada 3() de lado 4() de cócoras
5() outra: _____

19. Recebeu “anestesia”? 0() sim 1() não
 19.a Se sim, em que local? _____
20. Recebeu soro para aumentar as “dores do parto”? 0() sim 1() não
21. Tempo referido de trabalho de parto: _____ (horas)
22. A Sra. já foi operada alguma vez ? 0() sim 1() não
 22a. Se sim, qual? _____
23. Durante a gestação, teve alguma orientação para preparar o períneo?
 0() sim 1() não
 23a Se sim, qual? _____

Dados referentes à perda de urina

24. A Sra. já teve infecção de urina ? 0() sim 1() não
 24a. Se sim: quando foi a última vez? _____
- 24b. A Sra. tratou? 0() sim 1() não
25. Depois do parto, a Sra. teve perda de urina? 0() sim 1() não

Caso não: encerrar a entrevista.

26. A Sra. teve perda de urina:
 1. () Antes da última gestação
 2. () Durante a última gestação. Em que momento?
 () início () meio () final
 3. () Após o último parto. Em que momento? _____
 4. () Durante outra gestação. Qual? _____ Em que momento? _____
27. Depois do parto, com que frequência a Sra. perde/perdeu urina?
 1() Uma vez ao dia 2() Mais de uma vez ao dia (ou diversas vezes?)
 3() Uma vez por semana 4() Mais de uma vez por semana
 5() Uma vez por mês 6() Mais de uma vez por mês
 7() Ocorreu uma única vez
28. Qual a quantidade de urina a Sra perde?
 1() gotas 2() jato 3. () escorre pela perna

29. Como identifica que perdeu urina?

30. Depois do parto, em quais situações a Sra perde/perdeu urina?

- 1.() Antes de chegar ao banheiro
- 2.() Quando tosse, espirra, faz esforço físico
- 3.() Quando está dormindo
- 4.() Quando está fazendo atividades físicas
- 5.() Quando termina de urinar e está se vestindo

31. A Sra. precisa usar absorvente para não molhar a roupa com urina?

0() sim 1() não

31a. Se sim: () durante o dia () durante a noite () nas 24 horas

32. Depois do parto, a Sra. comunicou a perda de urina para algum profissional durante consulta médica ou de enfermagem? 0() sim 1() não

32a. Se sim: A Sra. tratou? 0() sim 1() não Como? _____

33. A perda de urina interfere na sua vida diária? 0() sim 1() não

33a. Se sim, no que interfere? _____

34. A Sra. continua com essa perda? 0() sim 1() não

34a. Se não, quanto tempo durou? ____ semana(s) ____ mês(es) ____ ano(s)

35. A Sra relaciona a perda de urina com o parto? 0() sim 1() não

35a. Se sim, por quê? _____

11.2 APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Daniela Bigueti Martins Lopes, enfermeira, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa “Prevalência de incontinência urinária no pós-parto” sobre perda involuntária de urina com mulheres que tiveram seu último parto até seis meses. A orientadora da pesquisa é a Dra. Neide de Souza Praça, professora da mesma escola. Para participar, a senhora será entrevistada por aproximadamente 20 minutos. Também vou precisar medir seu peso e altura. Seu nome não será divulgado, nem conhecido por outras pessoas, além de mim e de minha orientadora. A senhora não receberá nenhum tipo de benefício por colaborar com a pesquisa e poderá se recusar a participar ou desistir de responder as perguntas a qualquer momento, sem que sofra qualquer prejuízo no seu atendimento nesta unidade de saúde. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e em revistas científicas. Se tiver dúvidas, a senhora poderá telefonar para mim (11) 8947- XXXX ou para o Comitê de Ética (11) 3061-7548.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com a Sra. e a outra será guardada comigo.

Eu, _____, RG _____
concordo em participar da pesquisa e compreendi os esclarecimentos descritos acima

São Paulo, ____ de _____ 20____.

Assinatura da entrevistada: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

11.3 APÊNDICE C - Relatório da pesquisa: “Prevalência de incontinência urinária no pós-parto”

Eu, Daniela Bigueti Martins Lopes, enfermeira, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando esta pesquisa com mulheres que tiveram seu último parto até seis meses. O objetivo é verificar a prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e relacionar os fatores associados.

Informo que a Sra. _____, nº da matrícula no CSE: _____ RG.: _____

concordou em participar desta pesquisa e que a mesma recebeu uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dados referentes à perda de urina

Referiu perda involuntária de urina no pós-parto: sim () não ()

Quantidade da perda de urina: () gotas () jato () escorre pela perna

Orientações realizadas:

() Não segurar a urina, criar o hábito de urinar com um intervalo de poucas horas, até mesmo se você não está com vontade de ir ao banheiro.

() Manter um peso saudável.

() Evitar constipação intestinal (intestino preso).

() Buscar tratamento para qualquer tosse persistente.

() Evitar levantar muito peso.

() Realizar exercício para fortalecer o músculo do assoalho pélvico.

() Comunicar o profissional de saúde (médico ou enfermeira) se apresentar perda de urina.

() **Não deixar de ingerir líquido.**

São Paulo, ____/____/2009.

Assinatura

11.4 APÊNDICE D - Tipo de ocupação exercida pelas entrevistadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego. São Paulo – 2009.

Cod.	Tipo de Ocupação	Classificação Brasileira de Ocupações e códigos
0	Do lar	Não possui vínculo empregatício
1	Auxiliar de limpeza	Trabalhador no serviço de manutenção de edificação (5143)
2	Babá	Cuidador de criança, jovem, adulto e idoso (5162)
3	Doméstica	Trabalhador no serviço doméstico em geral (5121)
4	Vendedora	Vendedor Ambulante (5243)
5	Pedagoga	Pedagogo (2394)
6	Artesã	Artesão modelador (7521)
7	Operadora de caixa	Operador de Caixa (4132)
8	Atendente de restaurante	Garçom/ Garçonete (5134)
9	Auxiliar Administrativo	Escriturário em geral, agente, assistente e auxiliar administrativo (4110)
10	Engenheira Sanitária	Engenheiro Sanitarista (2142-60)
11	Estudante	Não possui vínculo empregatício
12	Operadora de telemarketing	Operador de telemarketing receptivo (4223-15)
13	Cabeleireira; manicure/ pedicure; depiladora	Trabalhador no serviço de embelezamento e higiene (5161)
14	Costureira	Operador de máquina para costura (7632)
15	Cozinheira	Cozinheiro (5132)
16	Inspetora de Aluno	Inspetor de aluno (3341)
17	Comerciante	Gerente de operação comercial e de assistência técnica (1414)
18	Professora	Professor de nível superior (2312)
19	Arquiteta	Arquiteta (2141)
20	Nutricionista	Nutricionista (2237-10)
21	Bancária	Técnico em operação e serviço bancário (3532)
22	Supervisor de RH	Supervisor administrativo (4101)

23	Ajudante de veterinária	Trabalhador de serviço veterinário, de higiene e estética de animal doméstico (5193)
24	Técnica de enfermagem	Técnico e auxiliar de enfermagem (3222)
25	Atriz de teatro	Ator (2625)

11.5 APÊNDICE E – Solicitação de autorização para encaminhamento. São Paulo – 2009.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7602 - Fax: (011) 3061-7615
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: enpee@usp.br

Solicitação de Autorização para Encaminhamento

Ao Dr. Paulo F. Ramos Margarido

Eu, DANIELA BIGUETTI MARTINS LOPES, enfermeira, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profª. Dra. Neide de Souza Praça, responsável pelo projeto de pesquisa "Prevalência de incontinência urinária no pós-parto", solicito autorização para encaminhar ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, as mulheres auto-referidas com incontinência urinária, com sintomas persistentes para uma avaliação. Informo que o encaminhamento será realizado pelo Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, onde estão sendo realizadas as entrevistas, informo ainda, que o Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo no. 761/2008).

No aguardo de sua avaliação, coloco-me à disposição.

Atenciosamente,

São Paulo, 23 de março de 2009.

Daniela Bigueti Martins Lopes

São Paulo, 29/5/2009.

Autorizado por:

(carimbo e assinatura)

Prof. Dr. MARCELO ZUGAIB
Diretor Técnico da Divisão de
Clínica Obstétrica
Hospital Universitário da USP
Nº USP: 70124

12 ANEXOS

12.1 Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 1º de outubro de 2008.

Ilm.ª Sr.ª

Daniela Bigueti Martins Lopes

Ref.: Processo nº 761/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Prevalência de incontinência urinária no pós-parto em Unidade de Saúde da Região Oeste do Município de São Paulo**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat. Fernandes
Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

12.2 Anexo B – Autorização para realização da pesquisa.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROF. SAMUEL BARNSELY
PESSOA

AV. DR. VITAL BRASIL Nº1.490 – BUTANTÃ -CEP:05503-000
FONE/FAX: 3727-1690

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada ***“Prevalência de incontinência urinária no pós parto”***, pela pesquisadora DANIELA BIGUETTI MARTINS LOPES, sob orientação da Profª Dra. Neide de Souza Praça.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 761/2008).

São Paulo, 27 de janeiro de 2010.

Rubens Kon

Diretor Técnico do Centro de Saúde
Escola Prof. Samuel
Barnsley Pessoa